14

LA AGRESIVIDAD Y SUS TRASTORNOS

JOSE MARIA POVEDA DE AGUSTIN

1. PRECISIONES A LA DEFINICION

1.1. Su carácter polifacético y heterogéneo

El término agresividad hace referencia a un conjunto de *patrones de actividad* que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expansiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. Se presenta como una mezcla secuenciada de movimientos con diferentes patrones, orientados a conseguir distintos propósitos.

La conducta agresiva es una manifestación básica en la actividad de los seres vivos. Su presencia en la totalidad del reino animal y los resultados de las investigaciones sobre la misma le dan el carácter de fenómeno «multidimensional» (Huntington y Turner, 1987; Mos y Oliver, 1988).

En la persona concreta puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: puramente físico, emocional, cognitivo y social. Su carácter es polimorfo.

Se puede presentar en el nivel físico, como lucha con manifestaciones corporales explícitas. En el nivel emocional puede presentarse como rabia o cólera, manifestándose a través de la expresión facial y otros gestos corporales, o en el cambio del tono y volumen del lenguaje. Desde un nivel cognitivo puede estar presente como fantasías destructivas, elaboración de planes agresivos o ideas de persecución propia o ajena. El área social es el marco en el cual, de una manera o de otra, toma forma concreta la agresividad.

Definiciones:

La palabra *agresividad* procede del latín y es sinónimo de *acometividad*. Implica provocación y ataque.

El término agresivo hace referencia a quien es «propenso a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás».

En el marco jurídico la agresión se puede entender como un «acto contrario al derecho de otro». El término agresor se aplica a la «persona que da motivo a una querella o riña, injuriando, amenazando, desafiando o provocando a otra de cualquier manera» (Diccionario de la lengua española).

Como conducta social puede implicar lucha, pugnacidad, y puede formar parte de las relaciones de poder/sumisión, tanto en las situaciones diádicas (de a dos) como en los grupos.

En el mundo anglosajón, el término agresividad se ha «debilitado», habiendo perdido su contenido de hostilidad, pues significa más

bien *asertividad, espíritu emprendedor*. Su uso ordinario en esta lengua hace referencia a la reducción de los derechos de otro, forzándole a ceder algo que posee o que podría conseguir, utilizando para ello un acto físico o la amenaza de realizarlo.

En su sentido más estricto, la agresión puede entenderse como la «conducta dirigida a causar lesión física a otra persona». La intención de causar daño puede manifestarse de distintas maneras, unas más implícitas y ritualizadas (enseñar las uñas, gruñir...), otras más explícitas (como golpear, arañar...).

La agresividad presenta elementos de ataque y retirada. Por ello se relaciona con otras conductas de *autoprotección*. Amenaza, ataque, sumisión y/o huida, se presentan muy asociadas en la naturaleza.

El término *violencia* se refiere a un tipo de agresividad que está fuera o más allá de «lo natural» en el sentido adaptativo, y se caracteriza por su *ímpetu* e *intensidad*.

Para Weisinger (1988), en la raíz de la conducta agresiva está la *ira*. La define como «un sentimiento de disgusto debida a un agravio, malos tratos u oposición. Y que normalmente se evidencia en un deseo de combatir la posible causa de ese sentimiento».

Considerando la existencia de cuatro emociones básicas, alegría, tristeza, miedo y *rabia*, esta última sería la más próxima a la ira. Cuando se manifiestan en sentido pleno, la rabia es una emoción incompatible con la tristeza, del mismo modo que lo son entre sí el miedo y la alegría. Tanto la rabia como la alegría tienen un carácter expansivo. Por su parte, la tristeza y el miedo se manifiestan corporal y cognitivamente con carácter reductivo o limitador.

1.2. La calificación conductual de la agresividad

El grito, el golpe, la manifestación agresiva completa está vinculada fisiológicamente a la espiración. Lo que es una contracción corporal se vive como una expansión en el espacio personal. Las manifestaciones de la alegría, como la carcajada o el canto, se manifiestan asimismo en esta dirección, desbloqueadora, liberadora.

La agresividad puede manifestarse con carácter específico y como reacción a situaciones concretas, de maneras más o menos adaptadas. Se habla de personalidad antisocial cuando este patrón de conducta tiene una manifestación preferente a lo largo de la vida.

La agresividad se entiende en general como dirigida hacia afuera, hacia el otro. Sin embargo, la persona al agredir puede, directa o indirectamente, hacerse daño a sí misma. Puede también inhibir la agresión o dirigirla a sí misma a través de la conducta suicida o masoquista. El primer tipo, mayoritario cuantitativamente, representaría formas «heteroagresivas»; el segundo lo constituirían las formas «autoagresivas» (un caso particular de las mismas es el de la persona que al suicidarse quita la vida a algunos de los seres que están bajo su protección).

La terminología utilizada para referirse a la manifestación de los fenómenos agresivos, puede ser a veces oscura o particular. Así, en la clínica se habla de «autolisis» en lugar de suicidio, o en el medio militar de «daños colaterales» en lugar de civiles heridos o muertos.

Desde un punto de vista psicológico concreto resultan de especial utilidad los *autorregistros*. Ellos permiten que el sujeto adopte una posición más cerebral y objetiva, más distanciada frente a sus propias reacciones impulsivas y sentimientos de frustración y rabia o ira. Un modelo completo de trabajo ha sido descrito por Weisinger en su libro «Técnicas para el control del comportamiento agresivo» (Ed. Martínez Roca, 1988). Así, una aplicación práctica sería la siguiente:

1. Indique un hecho que todavía le provoque ira y anote cómo lo evalúa. Escriba luego una evaluación alternativa, quizá reflejando el punto de vista de la otra persona (si hay otra persona implicada). Piense en su evaluación alternativa y observe el efecto que ejerce sobre su ira.

Incidente causante de la ira:
Cómo lo evalúa.
Evaluación alternativa.

(2) Indique los cambios somáticos de los que ahora tiene conciencia cuando es presa de la ira, y empiece a usarlos como una señal de que debe poner en práctica lo que está aprendiendo. Aspire hondo cuando note estos trastornos.

(3) Indique las acciones que emprende cuando está enfadado y compruebe cuáles de ellas son conductas propias de la ira.

(4) Indique dos cosas que puede hacer cuando está airado en lugar de su conducta colérica.

(5) Atendiendo a características cuantitativas la ira puede ser cuantificada de 1 a 10, según que sus efectos sean escasos, medios o incompatibles con la actividad que se realiza en ese momento.

(6) Desde el punto de vista de su frecuencia pueden registrarse en forma de diario las fechas y horas de aparición.

1.3. Diferentes tipos de conductas agresivas

Para Wilson (1980) la agresión constituye una mezcla de muy diferentes patrones de conducta que están al servicio de distintas funciones. Por ello establece la siguiente clasificación:

- (a) *Agresión territorial*. Suele iniciarse mostrando señales frente al intruso. De no tener éxito las mismas, se puede producir una escalada física. El atacante o el que ha perdido la lucha puede presentar conductas de sumisión que le permitan abandonar el lugar sin daño ulterior. Se trata de una actividad «horizontal» o de desplazamiento (p. ej., la vinculada al control de la propia casa).
- (b) *Agresión por dominación*. Tiene que ver con el establecimiento de niveles de poder. Aunque puede ser parecida en su forma a la anterior, su meta es establecer una jerarquía de prioridades y beneficios. Se trata de una actividad «vertical» en un territorio compartido (p. ej., la relacionada con el control de una posición en un escalafón).
- (c) *Agresión sexual*. Presenta una amplia gama de conductas, unas más evidentes, otras más complejas, sofisticadas o ritualizadas. Sus formas de expresión y regulación reflejan profundamente el grado de respeto personal que existe entre los miembros de una cultura.
- (d) *Agresión parental disciplinaria*. Es la utilizada por los progenitores para enseñar conductas y establecer límites a los menores. Suele ser adaptativa en el mundo animal. Entre los seres humanos resulta de difícil objetivación y estudio.
- (e) *Agresión protectora maternal*. Orientada a la defensa del recién nacido. Más elevada en los mamíferos al comienzo de la lactancia. Inexistente entre los reptiles (Valzelli, 1983).
- (f) *Agresión moralista*. Las formas avanzadas de altruismo recíproco pueden dar lugar a situaciones de sutil hostilidad, o de abierto fanatismo.
- (g) *Agresión predatoria*. Vinculada a la obtención de objetos. La agresión antipredatoria está constituida por maniobras defensivas que pueden escalar hasta constituir un ataque para el predador (el robo y las conductas de reacción al mismo son un ejemplo de este tipo).
- (h) *Agresión irritativa*. Inducida por el dolor o también por estímulos psicológicamente aversivos; por ejemplo, un animal herido o una persona enferma pueden reaccionar con sentimientos de rabia o conductas agresivas frente a situaciones que de ordinario no suscitarían esa respuesta en alguien sano (Valzelli, 1983; Scott, 1958).

2. EL SUSTRATO FISIOLOGICO DE LA AGRESIVIDAD

2.1. Los supuestos genéticos

La mayor parte de la población carcelaria en todos los países del mundo está constituida por varones. La proporción se distribuye en torno a cinco varones por cada mujer internada.

Las hipótesis que vinculan depresión y autoagresividad con el sexo femenino, y conductas psicopáticas y heteroagresividad con el sexo masculino, aunque son difíciles de de-

mostrar, tratan de responder a evidencias estadísticas.

Conducta agresiva y trisomía XYY. La presencia de un cromosoma Y extra en la dotación genética, incrementa las posibilidades de desarrollar conductas agresivas.

La aparición de estos trastornos probablemente se retrotrae al período de producción de los espermatozoides. Ello permitiría en su momento la fecundación de un óvulo con un espermatozoide poseedor de más de un cromosoma Y.

La presencia de sujetos con estas características entre la población carcelaria y los internos crónicos de los hospitales psiquiátricos, aunque es escasa, es significativamente superior a la que existe entre la población no internada. Por así decirlo, el cromosoma Y parece proporcionar un elevado potencial agresivo.

Conducta agresiva y trisomía XXY (síndrome de Klinefelter). Estos varones presentan una conducta inhibida, astenia, pasividad, tendencia al aislamiento, a replegarse sobre sí mismos. Su libido es débil. Sin embargo, su comportamiento antisocial es frecuente, llegando a presentarse en un 30 % de esta población (Peigne y Mazet, 1974).

2.2. Los supuestos cerebrales

La actividad cerebral humana es capaz de integrar niveles de agresividad de complejidad creciente. Sus manifestaciones pueden darse de forma concreta, simbólica o abstracta.

Según McLean, el cerebro humano integra tres subsistemas: el cerebro reptiliano, el cerebro de los mamíferos (sistema límbico), y el cerebro superior (corteza cerebral).

El cerebro reptiliano parece vinculado a *pautas básicas de conducta*, como las relativas a la alimentación, caza, emparejamiento, competición, imitación, dominio y agresión. Todas ellas tienen que ver, de una manera o de otra, con el uso del *territorio*. Este cerebro responde desde el presente a situaciones que se van planteando. No proporciona gran independencia del medio y no capacita para el aprendizaje complejo. Desde una perspectiva más simbólica, supone un tipo de conducta no sujeta a reglas, amoral (como la inducida por la serpiente en el jardín del edén), vivida en el puro *presente*.

Las llamadas conductas viscerales, impulsivas o primitivas en los seres humanos ponen de manifiesto singularmente estos tipos de actividad básica. En este contexto, la *imitación* es muy importante para la supervivencia. El ataque a lo «no igual» se producirá por ser interpretado como peligroso. Por ejemplo, la indumentaria, tanto a nivel macrosocial como microsocial (tribus urbanas) puede inhibir o provocar agresiones.

El «segundo cerebro» proporciona soporte biológico a la *vida afectiva*. Está representado neurológicamente por el sistema límbico. La estructura fundamental que regula su actividad es el hipocampo. La unidad funcional clave está constituida por el sistema hipocampo-amígdala. Esta última se comporta como un sistema fundamental en las situaciones de *lucha*, permitiendo presentar respuestas más complejas.

Las experiencias pioneras de Rodríguez Delgado pusieron de manifiesto la posibilidad de inhibir o incrementar la agresividad por medio de estimulación eléctrica cerebral, enviando señales de radio sobre electrodos implantados en el cerebro del animal. Las áreas investigadas correspondían a estructuras del sistema límbico. En su libro *El control físico de la mente* describió sus trabajos de intervención telemétrica y numerosas reflexiones sobre lo que ello implica.

Los llamados núcleos septales aparecen vinculados a la *recompensa*, y las estructuras grises periacueductales, al *castigo*. La presencia de estos centros en las ratas de laboratorio las hace útiles para estudios sobre *aprendizaje* (la ausencia de estos centros en las serpientes hace que no hayan suscitado el interés de los investigadores de la psicología).

La actividad del sistema límbico permite el aprendizaje, la capacidad de incorporar a la actividad *presente* las experiencias del *pasado*. Hace posible pautas de respuesta más variadas y complejas.

El «tercer cerebro» permite, entre otras cosas, la capacidad de *anticipación*. Por así decirlo, el usuario puede incorporar a su presente no sólo el pasado, sino también, de alguna manera, el futuro. La capacidad de anticipar escenarios para la lucha se ve facilitada por este sistema.

La información que recibe del mundo físico y social no es directa. Le llega a través del «cerebro límbico» y del «cerebro reptiliano», que a su vez son regulados desde el «neocórtex».

La distinción en la *agresión* entre lo que *se siente* y lo que *se sabe*, tendría que ver con la activación del sistema límbico en el primer caso, y de la corteza cerebral en el segundo.

2.3. Los supuestos neuroendocrinos

El sistema endocrino de los mamíferos pone de manifiesto la existencia de tres niveles de control:

El primero tiene que ver con el estado de *preparación* para la acción (andrógenos, estrógenos y hormona luteinizante).

La agresividad está vinculada con el estado de preparación para el combate.

El andrógeno más potente es la testosterona. Su ámbito de acción es más amplio que el de la mera manifestación agresiva. Sin embargo, en la naturaleza su incremento en periodos específicos del año se acompaña de la agresividad sexual. Desde antiguo son conocidos los efectos de la castración en la inhibición de la agresividad.

Los estrógenos, además de en los ovarios, pueden producirse en otros lugares, como las suprarrenales, los testículos o la placenta. Los estrógenos pueden producir efectos contradictorios sobre la conducta agresiva. Habitualmente se considera que puede ayudar a las hembras a mantener su *status* y a defender a la prole.

Cuando los niveles de progesterona son altos, la agresividad tiende a suprimirse.

De cualquier manera, la actividad de estas hormonas es variable según las especies.

El segundo está relacionado con la *respuesta rápida* al estrés y en él participan las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina).

Sostienen la actividad fisiológica en las conductas de lucha y huida, presentes en situaciones que requieren una respuesta inmediata.

Durante este período desempeña un papel fundamental la actividad del sistema nervioso simpático. Durante el mismo son característicos la subida de la tensión arterial, taquicardia, incremento del tono muscular, erección del pelo, cambios respiratorios, etc. Por su parte, el trazado electroencefalográfico mostrará actividad cortical rápida con carácter general.

El tercero está vinculado a la capacidad de una *respuesta sostenida* ante el estrés (corticoides adrenales).

Estabilizan la fisiología corporal sometida a estrés mantenido.

2.3.1. El específico papel de los neurotransmisores

Los neurotransmisores tienen un papel mediador en el soporte de la actividad agresiva. Entre ellos se destaca la importancia que tiene el metabolismo de la serotonina, las catecolaminas, la acetilcolina y del ácido gamma-aminobutírico (Gaba).

Su participación en la regulación de la agresión no es independiente, sino que debe entenderse como formando parte de la actividad global del sistema nervioso central y de estructuras más específicas del sistema límbico.

Buena parte de la investigación hasta el presente se ha desarrollado en condiciones postmortem o en el laboratorio. La administración de sustancias, sus precursores o inhibidores se ha proporcionado por distintas vías, incluidas su administración en la dieta o en zonas específicas del cerebro. En ocasiones, los resultados son difíciles de interpretar o parecen contradictorios, manifestando la extrema complejidad funcional del sistema nervioso.

A la serotonina se le atribuye la regulación de un amplio grupo de conductas normales y

patológicas. Su metabolismo en el sistema nervioso central aparece muy vinculado con la afectividad en general y con la agresividad en particular (Valzelli, 1988). Asimismo, ha sido objeto de numerosos estudios por sus relaciones con los llamados ritmos biológicos (sueño, circadianos, estacionales, etc.), presentando fluctuaciones selectivas en relación con los mismos.

La actividad de este neurotransmisor suele equilibrarse con modificaciones en otros, como la dopamina o la acetilcolina.

Las catecolaminas, singularmente norepinefrina y dopamina, han sido objeto de numerosos estudios. Se las ha relacionado especialmente con la agresión de tipo irritativo y en menor medida con las formas competitiva, defensiva y territorial.

La acetilcolina, por su parte, es capaz de activar la agresividad competitiva, defensiva e irritativa en los animales de laboratorio.

3. LA INTERPRETACION PSICOSOCIAL DE LA AGRESIVIDAD

3.1. De la versión analítica a la etológico-social

Desde la perspectiva psicoanalítica, la agresividad es definida como «una tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o de la fantasía, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción violenta y destructiva; no hay conducta tanto negativa (p. ej., negación de ayuda) como positiva, tanto simbólica (p. ej., ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión» (Laplanche y Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, 1974).

Adler destacó en 1908 la existencia de una «pulsión agresiva» no sólo en la génesis de los trastornos psicológicos, sino como algo que forma parte de la vida cotidiana.

Freud vinculó la «resistencia al tratamiento» con la agresividad. Asimismo, la «ambivalencia» entre sus clientes la interpretó como coexistencia de lucha y afecto. La agresividad era parcialmente puesta al servicio de la «pulsión sexual». En sus últimos escritos se refirió a la agresividad como una de las formas de la actividad desorganizadora y fragmentadora. Por el contrario, las pulsiones eróticas estarían orientadas a la creación y al mantenimiento. Las relaciones entre lo erótico y lo agresivo serían análogas a las existentes entre los procesos de fusión-defusión.

Melanie Klein realizó importantes aportaciones sobre las pulsiones agresivas en los primeros años de la vida.

La agresividad, como tendencia inconsciente y primitiva con la que se nace, sería regulada e interiorizada socialmente a lo largo de la vida pero singularmente en la infancia. Ruther Giller resume la gran cantidad de aportaciones y estudios al respecto en los siguientes postulados clave:

1. Las relaciones familiares y la crianza en los primeros años son de vital importancia.
2. Los factores inconscientes intrapsíquicos desempeñan una función esencial.
3. La conducta antisocial es el resultado de un desarrollo defectuoso de la personalidad.
4. Algunos casos de delincuencia son el resultado de la manifestación en la conducta de conflictos intrapsíquicos (*acting-out*).
5. Las manifestaciones agresivas pueden tener un carácter simbólico (Ruther y Giller, 1988).

La agresividad puede ser también entendida desde la perspectiva de la *etología*. El estudio sistemático de la conducta animal ha permitido integrar mejor los conocimientos sobre la actividad cerebral, singularmente entre los mamíferos.

Desde el punto de vista biológico, cierta cantidad de agresividad tiene un carácter adaptativo bajo determinadas circunstancias, como la escasez de alimentos o situaciones periódicas de altas densidades de población (Wilson).

* Etología: ciencia de las costumbres.

El conflicto *territorial* sería la clave para entender conductas como la alimentación, el apareamiento o la caza. La agresividad es entendida como una actividad natural y «expansiva», asociada con distinta intensidad, según los casos, a las anteriores.

Conductas que en la clínica humana estarían presentes en forma de euforia, confrontación, expansión del yo y actividades seductivas, típicamente diagnosticadas de «cuadros maníacos», llegan a formar parte de lo natural en la perspectiva etológica. Ello en la medida en que sirven a determinados propósitos biológicos, como la obtención de territorio y la reproducción.

Los estados depresivos, caracterizados por la incapacidad para la lucha, se relacionan con pérdidas de territorio o de capacidad para ejercer poder en el mismo.

La estacionalidad con que se dan entre los mamíferos conductas vinculadas al territorio y a la activación sexual y que entre los seres humanos presentan los trastornos afectivos profundos, sugiere desde esta perspectiva que los fundamentos biológicos de ambas puedan ser parcialmente similares.

Desde un punto de vista preventivo, la propuesta etológica se podría sintetizar en la siguiente forma:

«Si queremos reducir nuestra propia conducta agresiva y bajar nuestros niveles de catecolaminas y corticosteroides a límites en los que nos podemos sentir más felices, deberíamos diseñar nuestra densidad de población y nuestros sistemas sociales de una manera tal que la agresión sea inapropiada en cualquier actividad cotidiana pensable y por tanto menos adaptativa» (Wilson).

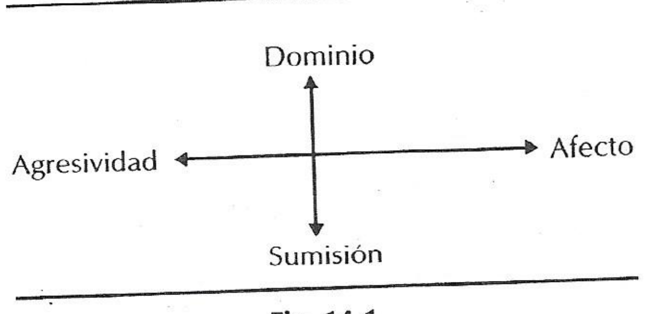


Fig. 14.1.

3.2. De las formas de pugnacidad

Comunicación y agresión

La agresividad puede estar presente en la comunicación humana en mayor o menor grado. Para Oden, las personas se relacionan según nueve canales de interacción. Del primero al último, estos canales permiten valorar conductas, según que se presenten desde el mínimo afecto positivo (lucha) hasta el máximo afecto positivo (intimidad).

Podemos, en un eje horizontal, presentar en su extremo izquierdo la conducta agresiva extrema o de lucha. En su extremo derecho, la conducta afectuosa o de intimidad. En el centro, y cruzándose con el eje vertical, se daría una posición neutra, puramente pragmática.

En un eje vertical, podemos presentar en su posición superior la conducta de liderazgo, y en la inferior, la conducta sumisa (Fig. 14.1).

La conducta puede ser definida desde cuatro áreas:

a) Hostil/pugnadora.
b) Hostil/sumisa.
c) Amistosa/dominante.
d) Amistosa/sumisa (Fig. 14.2).

El *canal de lucha* se caracteriza por estar presente en el mismo un máximo grado de oposición entre los participantes. Se confronta para jerarquizar (Canal 1).

El *canal de intimidad* estaría caracterizado por un grado máximo de intimidad. La confrontación es inexistente, la jerarquización entre los participantes no tiene relevancia (Canal 9).

En los dos canales mencionados las relaciones se muestran tendentes a la simetría. En los siete canales restantes, las comunicaciones se

Hostil/pugnadora	Dominante/amistosa
Hostil/sumisa	Sumisa/amistosa

Fig. 14.2.

establecen de manera complementaria, variando según el tipo de jerarquización.

El *canal de influencia* ocupa la posición central entre los anteriores. Es el quinto y en él se da la relación poder/sumisión por excelencia (Canal 5).

Dos personas, en sus relaciones, pueden estar a lo largo del tiempo compartiendo un canal de comunicación o incluso pasar de un extremo a otro y utilizar varias modalidades de comunicación. Por ejemplo, supongamos una situación en la que una pareja discute hasta tal extremo que llega a la agresión física, acabando en los tribunales para resolver su situación. Según el modelo propuesto se habría pasado del canal 9 (afecto) al 5 (influencia), de éste al 1 (lucha). Finalmente se estaría comunicando a través del 2 (demanda).

Habitualmente, la personalidad y el trabajo profesional suelen determinar canales preferentes de comunicación, así como posiciones subordinadas o de poder dentro de los mismos.

Del primero al último los canales pueden ser definidos según una característica comunicacional y una meta específica (Fig. 14.3).

Los nueve tipos de comunicación pueden distribuirse según los ejes antes descritos en la forma reflejada en la Figura 14.4.

3.3. El aprendizaje social de la agresión

La agresividad es una potencialidad sobre la cual se aprende a lo largo de la vida. La coexistencia de factores biológicos y culturales es un hecho evidente. En general, la agresividad y la capacidad para explorar nuevos territorios suele ser más tolerada entre los niños que entre las niñas. El *juego* es uno de los modos en que se suscita y se regula.

La *imitación* tiene un gran valor adaptativo para inhibir la agresión en el interior de los grupos y para potenciarla hacia el exterior de los mismos.

En la infancia la plasticidad de la conducta es máxima y durante ella se desarrollan patrones de actividad basados en la *cooperación*, la *súplica* o la *lucha*. Lo que sea más efectivo a la hora de resolver problemas y alcanzar

*Ascética: vida consagrada a los ejercicios piadosos. Sinónimo: austero

CANALES DE COMUNICACION Y SUS METAS (Modificado de Oden)

Canal 1. *Lucha*
Se busca confrontación (por ambas partes).
Condiciones de pelea o guerra.

Canal 2. *Demanda*
Se busca rigor (por quien ocupa la posición superior). Se busca cambio (por quien ocupa la posición inferior o tiene menor poder).
Condiciones de resentimiento o judiciales.

Canal 3. *Competición*
Se busca ganar (superior) / busca distanciarse (inferior).
Condiciones deportivas o las propias de un abogado defensor.

Canal 4. *Asertividad*
Se busca reconocimiento (superior) / busca fuerza del yo (inferior).
Condición de los artistas narcisistas, de la *«prima dona» y de los ascetas.

Canal 5. *Influencia*
Se busca dirigir (superior) / ser dirigido (inferior).
Posición de los jefes y de los subordinados (p. ej., mensajeros, taquígrafos).

Canal 6. *Guía*
Se busca respeto (superior) / ser guiado (inferior).
Condición de los educadores y estudiantes o aprendices.

Canal 7. *Mutualidad*
Se busca apreciación (superior) / busca protección (inferior).
Condición de los padres, los filántropos y las actividades de servicio (p. ej., asistentes, camareros).

Canal 8. *Simpatía*
Se busca amabilidad (superior) / busca recompensa (inferior).
Condición de médicos, personal de enfermería, terapeutas y personas que entretienen a otros.

Canal 9. *Intimidad*
Se busca afecto (por ambas partes).
Relaciones públicas, mediadores, asistentes sociales. Relaciones de familiaridad.

Fig. 14.3.

*Prima donna: nombre que suele darse a la cantante principal de una opera.
*Asceta: persona que hace vida ascética

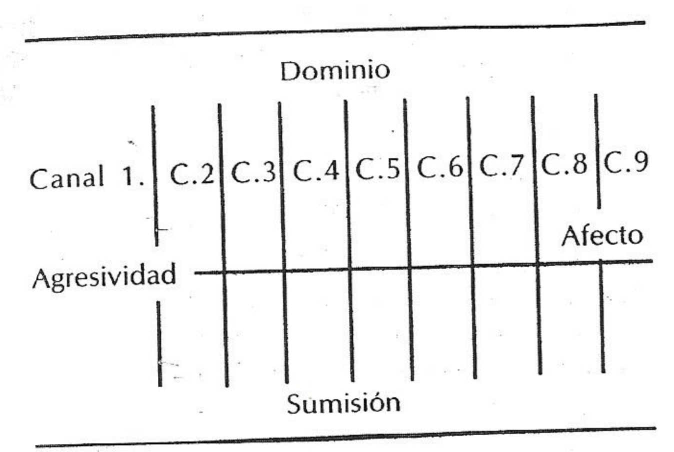


Fig. 14.4.

metas tenderá a perpetuarse. Según el modelo propuesto por el análisis transaccional, los *roles* de *salvador, víctima, perseguidor,* serían la instauración a nivel personal de los patrones antes mencionados, lo que facilitará la utilización preferente de ciertos modos o canales de comunicación.

3.4. Violencia y vida social

Un gran número de factores pueden facilitar la génesis de la violencia en la vida social:

— Demográficos.
— Diferencias socioeconómicas marcadas.
— Territoriales.
— Raciales-culturales.
— Fanatismo religioso, etc.

Con carácter más inmediato, Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears formularon la hipótesis de que era posible encontrar las raíces de la agresión en la *frustración*. Los ejemplos son numerosos en situaciones competitivas, como el deporte (la pérdida del balón o de la posición en el campo pueden ir seguidas de una respuesta agresiva desproporcionada). A medida que pasa el tiempo, la posibilidad de una respuesta agresiva maladaptativa se reduce durante el juego.

Agresión e incomunicación

Una de las formas de agredir consiste en modificar deliberadamente los canales de información que utiliza el oponente. Etológicamente hablando, la conducta del calamar que se esconde tras una nube de tinta constituiría un ejemplo sencillo de «intoxicación informativa» en un medio natural.

Desde la perspectiva artificial, la llamada «guerra cibernética» puede constituir un ejemplo de «agresión no violenta». En este tipo de confrontación la meta es *inutilizar la información del oponente* más que liquidar al oponente en sí mismo (Negroponte, 1995).

Un «ataque informático» busca modificar la *información* (y también los sistemas informáticos) a conveniencia del que ataca. La intervención puede tener lugar simultáneamente por medio de los siguientes procedimientos:

a) *Pulso electromagnético*. Un dispositivo del tamaño de un maletín es activado junto a la Bolsa o el Banco Central del país enemigo. Al detonar el pulso electromagnético (PEM) se inutilizan los componentes electrónicos del ordenador central y los sistemas de comunicación. Las operaciones financieras quedan bloqueadas.

b) *Intoxicación por virus informáticos de los sistemas telefónicos*. Las redes informáticas del sistema telefónico son inoculadas por «virus» insertados en ese momento. Otros virus preinstalados en el sistema enemigo son activados a conveniencia (un ejemplo parcial en este ámbito puede considerarse el llamado virus «Telefónica»). Para prolongar la degradación del sistema puede utilizarse la guerra biológica; por ejemplo, diseminación de organismos bacterianos que se alimenten parcialmente de plásticos.

c) *Sistemas electrónicos aerotransportados*. Buscan saturar la red militar de comunicación para hacer fracasar el control de las operaciones. Desborda con información incorrecta al alto mando.

d) *Bombas lógicas*. Son sistemas capaces de intervenir, de forma específica, sobre procesos de control informático sin bloquearlos, por ejemplo, orientadas a actuar sobre la coordinación aérea y los ferrocarriles. Hacen que los aviones acudan a aeropuertos inesperados y que los trenes trasladen armas al lugar donde no se necesitan.

Existen dos modalidades: la primera funciona como un «caballo de Troya», entra en el sistema enemigo y «explota». La segunda modalidad la constituyen las «bombas de tiempo»; éstas son capaces de producir efectos discretos pero acumulativos, que inicialmente pasan desapercibidos.

e) *Operaciones psicológicas de la fuerza aérea*. Un avión o satélite especializado emite señales para entrar en la red del país y en los sistemas de radio y televisión. A través de ello proporciona a los usuarios en momentos críticos información falseada sobre sus líderes. Por ejemplo, realizando conductas o afirmaciones manifiestamente contrarias a los valores de su cultura. Los programas han sido elaborados previamente con técnicas de tratamiento de imagen y de voz.

4. PSICOPATOLOGIA DE LA AGRESIVIDAD

4.1. La conducta agresiva patológica

Cuando en alguien se da la predisposición a atacar sin que medie provocación alguna, se dice que *presenta agresividad patológica*. Esta puede manifestarse a través de palabras, de actos o de actitudes, que en lugar de ser adaptativos producen escaladas violentas o acentuaciones en la relación de poder no gratificantes al menos para una de las partes.

La conducta agresiva tiende a ser regulada por distintos medios y a distintos niveles en los grupos. En general, las conductas competitivas, asertivo-individualistas o dominantes no se consideran patológicas. Los criterios concretos para definir y operar sobre este tipo de conductas se elaboran a través de la legislación, de la clínica y sobre todo del propio consenso social.

La conducta socialmente agresiva puede no acompañarse de sentimientos de rabia o de otro tipo. La insensibilidad emocional frente a las manifestaciones de la propia conducta agresiva puede ser maladaptativa en situaciones de paz y lo contrario en situaciones extremas o de guerra. En condiciones normales la «frialdad de ánimo» frente a las manifestaciones agresivas es considerada anormal, como un trastorno de la personalidad, de tipo antisocial.

4.2. Sus variantes de manifestación clínica

Son numerosos los problemas psicopatológicos que pueden presentar asociada la conducta agresiva. Las formas más graves suelen presentar varios de estos trastornos (p. ej., alcohol y epilepsia). Las formas concretas en que se expresa la agresión manifiestan las características particulares de simpleza o elaboración, de exageración o incoherencia, según los casos y sus circunstancias.

No puede afirmarse que la conducta agresiva caracterice esencialmente a las enfermedades mentales. Contrariamente a lo que a veces se informa, la conducta homicida se da más entre los sujetos calificados de normales que entre los que siguen algún tratamiento clínico.

Los problemas clínicos que a continuación se destacan pueden en cada caso dar un sesgo característico a las manifestaciones naturales de la agresividad.

a) Retraso mental (facilita la impulsividad).

b) Trastornos mentales de base orgánica:

- — Demencias.
- — Trastornos postraumáticos.
- — Algunos trastornos epilépticos.
- — Otros asociados a problemas no primariamente cerebrales (p. ej., el dolor crónico).

c) Estados de intoxicación por sustancias psicoactivas:

- — Alcohol.
- — Psicoestimulantes.
- — Nuevas sustancias que estimulan el estado de alerta.
- — Desinhibición de la agresividad por psicofármacos antidepresivos y ansiolíticos.
- — Mezclas de sustancias (p. ej., alcohol y ansiolíticos inductores del sueño).

(d) Trastornos del control de los impulsos (como, por ejemplo, el sadismo).

(e) Trastornos de la *personalidad* de tipo antisocial:

— La denominación de sociopatía o psicopatía ha sido utilizada para referirse a este tipo de personalidad. Se destaca en este caso la frialdad de ánimo en situaciones violentas.

— Es característico de este problema un patrón de conducta relativamente estable de falta de consideración hacia los deseos, derechos o sentimientos de los otros, presentando desde épocas tempranas, en la niñez o la adolescencia.

(f) Trastornos afectivos:

— Estados maníacos con rabia intensa.

— Suicidios depresivos en los que se puede actuar contra la vida de seres queridos que están subordinados al paciente (suicidio altruista).

(g) En los trastornos del tipo de la esquizofrenia, aunque infrecuente, suele parecer extremadamente dramática, maladaptada e incoherente.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO-FERNANDEZ, F. *Picología médica y social*. Salvat. Barcelona, 1989.

ALONSO-FERNANDEZ, F. *Raíces psicológicas de la violencia*. Fundación Santa María. Madrid, 1984.

BANDURA, A. *Aggresion: A social learning analysis*. Prentice Hall. Englewod Cliffs. N. I., 1973.

BASELGA, E., y URQUIJO, S. *Sociología y violencia*. Mensajero. Madrid, 1974.

BERKOWITZ, L. *Aggression: A social psychological analysis*. McGraw-Hill. New York, 1962.

BERKOWITZ, L. (editor). *Roots of aggression. A Reexamination of the Frustration-Aggression Hypotesis*. Atherton Press. New York, 1969.

BUSS, A. H. *The psychology of aggression*. Wiley. New York, 1961.

DE FLORES, T. La conducta agresiva. En: Vallejo, J. *Introducción a la psicología y a la psiquiatría*. Masson-Salvat. Barcelona, 1991.

FUENTENEBRO, F., y VAZQUEZ, C. *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1990.

GOMEZ BOSQUE, P. *Tratado de psiconeurobiología*. Universidad de Valladolid, 1986.

HINDE, R. A., y TINBERGEN. *Bases biológicas de la conducta social humana*. Siglo XXI. Madrid, 1977.

HUNTINGFORD, F., y TURNER, T. *Animal conflict*. Chapman and Hall. London. New York, 1987.

KIRSTA, A. *The book of stress survival*. Unwin. London, 1988.

LEVI, L. *Society Sterss and Disease*. Oxford University Press. New York, 1975.

MILGRAN, S. *Obedience to authority*. Harper. New York, 1974.

MONTAGU, A. *La naturaleza de la agresividad humana*. Alianza. Madrid, 1978.

MYERS, D. G. *Psicología*. Panamericana. Madrid, 1994.

NECROPONTE, N. «El Mundo digital». Ediciones B. Grupo 2. Barcelona, 1995.

ODEN, T. C. *The transactional awareness game*. Publishers. New York, 1976.

OLIVIER, B., y MOS, J. *Depression, anxiety and aggression. (Preclinical and clinical interfaces)*. Medidact. Amsterdan, 1988.

PEIGNE, F., y MAZET, P. *Enciclopedia médico quirúrgica francesa*. Paris, 1974.

PERLMAN, D., y COZBY, P. C. *Psicología social*. Interamericana. México, 1985.

POVEDA, J. «Introducción a la Psicopatología» Alhambra. Madrid, 1981.

ROSS, L., y NIEBETT, R. E. *The person and the situation. Perspectives of Social Psychology*. McGraw-Hill. New York, 1991.

RUTHER, M., y GILLER, H. *Delincuencia juvenil*. Martínez Roca. Barcelona, 1988.

SVARE, B. B. *Hormones and aggressive behavior*. Plenum Press. New York, 1983.

VAZELLI, L. *Psicología de la agresión y la violencia*. Alhambra Universidad, 1983.

WEISINGER, H. *Técnicas para el control del comportamiento agresivo*. Martínez Roca. Barcelona, 1988.

WILSON, E. O. *Sociobiology*. Harvard University Press. Londres, 1980.

17

LA AFECTIVIDAD

J. L. RUBIO SANCHEZ y M. N. LOPEZ FERNANDEZ

Es quizás el estudio de la afectividad, al lado del de los procesos del pensamiento y de la comunicación, uno de los tres más importantes capítulos de la psicología para la psicología médica, siempre que considere la enfermedad como *pathos*, al enfermo como un paciente y al médico no solamente como un científico. Enfermo y médico mantienen desde su encuentro una relación interpersonal en la que los afectos de cada uno y los propios de la peculiar relación desempeñan un importante papel, hasta el extremo de que de ellos depende en parte la evolución de dicha relación. La posibilidad de que el médico comprenda al paciente como ser humano que sufre depende de la *empatía* o capacidad para reproducir en uno mismo los afectos de otro. Todas las psicoterapias, aunque en algunas de ellas tenga un papel secundario, suponen una forma de articulación afectiva, alcanzando ésta su máxima importancia en el psicoanálisis freudiano. La afectividad del paciente, alterada por la enfermedad, supone una serie de estímulos para las personas que constituyen sus grupos de pertenencia. En las enfermedades llamadas psicosomáticas la conducta emocional está profundamente alterada, hasta el extremo de que una de las corrientes actuales sostiene que la enfermedad psicosomática es consecuencia de la incapacidad individual para la expresión adecuada de los afectos (alexitimia). Finalmente, los dos hechos psicopatológicos más frecuentes entre los enfermos mentales son dos afectos, la depresión y la angustia.

1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES Y CLASIFICACION

El término afecto, poco preciso, designa la experiencia subjetiva que acompaña a toda idea o representación mental, considerándose hoy que éste y la psicomotricidad son las dos posibilidades de reacción o descarga psíquica. Su imprecisión favorece su relativa confusión con emoción, pasión y sentimiento, y por afectividad se entiende tanto la cualidad de ser afectado, como la suma total de los afectos. Etimológicamente, afecto indica *puesto en cierto estado*, lo que psicológicamente debemos entender como la impresión que un estímulo produce en un individuo causando en éste una alteración o mudanza que es la afectación. Afecto es, pues, estimulación y cambio con el que se responde a un estímulo experimentado subjetivamente, y que a la luz de la introspección se considera originado o perteneciente al organismo individual.

La psicología clásica, desde que así lo ex-

presó Descartes, distinguió tres clases de afectos: las *emociones*, estados afectivos de aparición brusca y duración breve; los *sentimientos*, más complejos, menos intensos y más estables y duraderos, y las *pasiones*, bruscas e intensas como las emociones y estables como los sentimientos.

Hoy se considera que la emoción es una modificación del estado de calma normal de un organismo, respuesta a estímulos muy variados, en el que se experimentan intensas sensaciones, un impulso hacia la acción y ciertas reacciones físicas internas, lo que implica la actividad del sistema nervioso autónomo y una conducta expresiva.

Al lado de otras características generales, como la universalidad y la subjetividad, se acepta que los afectos tienen un carácter bipolar ya señalado por Wundt, quien en ellos distinguió tres direcciones principales: placer-dolor, excitación-calma y tensión-relajación. Según su bipolaridad, es posible ubicar virtualmente cada afecto ante dos extremos, de manera que muchos de los afectos que se han considerado emociones pueden emparejarse como extremos opuestos de una misma referencia subjetiva: placer-dolor, alegría-tristeza, diversión-aburrimiento.

La psicología más apoyada en la fisiología, además de evitar la diferencia entre emoción y sentimiento, no ha propuesto aún una clasificación de los afectos. Teniendo como base de conocimiento el estudio de las modificaciones fisiológicas del ser afectado, se ha encontrado que tales modificaciones no corresponden a las distintas experiencias. Psicólogos de otras orientaciones sí lo han intentado, como por ejemplo Krueger, al apoyarse en la profundidad de los afectos, o Schmidt-Atzert, al agruparlos en clases de cierta similitud mediante análisis de *cluster*. Según él, emociones como miedo, horror, temor, pánico y desesperación, se agruparían en la clase *miedo*, y entusiasmo, alivio, alegría, regocijo, felicidad, contento, euforia, triunfo, arrogancia y satisfacción, en la clase *alegría*. Además de las dos clases citadas, estableció otras diez: *placer, afecto, simpatía, anhelo, inquietud, aversión, ganas de agredir, histeria, perplejidad* y *envidia*.

Wolman, en un intento de aclaración de los procesos afectivos, estableció ocho clases:

1. Sentimientos simples asociados a sensaciones.
2. Sentimientos orgánicos negativos, como el dolor y la fatiga, o positivos, como la saciedad o el bienestar.
3. Sentimientos de actividad ligados a los impulsos biológicos y a los intereses.
4. Sentimientos y actitudes morales, estéticos, religiosos, intelectuales y sociales.
5. Humores persistentes (jovialidad, excitación, exaltación, ansiedad, depresión).
6. Afectos patológicos.
7. Emociones de miedo, ira, vergüenza, humillación, etc.
8. Los temperamentos como afectividad estable.

El estudio fenomenológico de la afectividad supuso la clasificación de los sentimientos por parte de Scheler, en cuatro grandes grupos: sensoriales, vitales, psíquicos o del yo, y espirituales. Pero ha sido Lersch quien, siguiendo al anterior, y dentro de un completo sistema psicológico en el que concibe las emociones como afectos inmediatos, intensos y breves, y los sentimientos como temples estacionarios, en función de las tendencias a cuyo dinamismo corresponden, ha clasificado las emociones y los sentimientos en tres grandes grupos: vitales, individuales y transitivos. Como síntesis de un amplio y profundo estudio se establece la siguiente relación:

Emociones de la vitalidad: dolor, placer, aburrimiento, saciedad y repugnancia, asco, diversión y fastidio, alegría y aflicción, embeleso y pánico.

Emociones del yo individual: susto, agitación, ira, temor, confianza y desconfianza, impaciencia, contento y descontento, envidia, resentimiento, celos, triunfo y derrota, halago y agravio, desquite, alegría por el daño ajeno, gratitud, inferioridad y vergüenza, estimación y desprecio de sí mismo, y arrepentimiento.

Emociones transitivas: simpatía y antipatía, estima y desprecio del prójimo, respeto y

burla, escarnio, comprensión, amor al prójimo, amor erótico, odio, alegría de crear, asombro, admiración, duda y convencimiento, amor a las cosas, sentimientos normativos (del deber, de la justicia), contrariedad, indignación, cólera y, finalmente, sentimientos artísticos, metafísicos y religiosos.

Sentimientos vitales: estados afectivos corporales o tonalidades afectivas psicosomáticas (bienestar, malestar, escalofrío, acaloramiento, hambre, sed, cansancio, somnolencia, frescura, náusea, indisposición, fuerza, debilidad, tensión, soltura, intranquilidad, sosiego), estados de ánimo (jovialidad, ánimo festivo, depresión, amargura, ecuanimidad, sosiego), y formas paroxísticas del sentimiento vital (angustia, éxtasis).

Sentimientos del yo: del propio poder y del propio valor.

Sentimientos transitivos o cósmicos: seriedad, optimismo y pesimismo, sentimientos nihilistas y sentimiento mundano del humor.

La anterior clasificación se apoya en criterios axiológicos, justificándose por la hipótesis de que al ser los afectos vivencias en las que el hombre experimenta su existencia en y con la realidad, y reacciona frente a unos objetos al establecer relación con ellos según sus motivaciones, es el valor de dichos objetos, y de su contexto o situaciones, lo que permite clasificar los afectos, refiriéndose los valores a la propia vitalidad (valores vitales), a su yo individual (valores de significado) y a la realidad más allá de lo individual hacia la que se tiende y en la que se aspira a participar merced a la transitividad (valores de sentido).

Además, Lersch estableció un grupo de afectos, al que denominó *sentimientos del destino*, referidos al futuro, que son de especial importancia para la psicología médica por ser la enfermedad una situación en la que el futuro se encuentra amenazado en su posibilidad de realización para el hombre. Tales sentimientos son la espera, que puede ser vivida con paciencia o con impaciencia, la sorpresa, la esperanza, la desilusión, el temor al futuro, la preocupación, la resignación y la desesperación.

2. FENOMENOLOGIA DE LOS AFECTOS

El estudio fenomenológico de la afectividad, especialmente de las emociones, se ha desarrollado a partir de la aplicación por Scheler del método reduccionista-fenomenológico a la afectividad, y sus observaciones, aparte de la importancia que se les conceda en una psicología ecléctica, han permitido construir algunas de las clasificaciones de los afectos y han contribuido de manera considerable al desarrollo de la psicopatología general y a la comprensión clínica del enfermo, puesto que ayudan a lograr una visión holista del hombre como totalidad, al aunar procesos aparentemente separados, y a aproximar lo objetivo a lo subjetivo.

Cabe distinguir en todo afecto una doble referencia: a aquello que de la realidad objetiva estimula y a la propia subjetividad. En la experiencia afectiva el mundo está presente a través de una percepción o representado merced a la memoria o la fantasía, con lo que la imagen del mundo se incorpora a la subjetividad y se asocia a los contenidos de la misma, de forma que lo experimentado se refiere a los objetivos de la realidad; pero tal referencia, que supone el reconocimiento de un valor en aquello que nos estimula afectivamente (es decir, que produce emociones y sentimientos), no solamente tiene en cuenta el objeto en sí mismo, sino que depende más del significado que el objeto tenga para el sujeto. En la reacción subjetiva (segunda referencia) del individuo se distinguen dos contenidos: el psicológico y el fisiológico; el primero es la cualidad del afecto o forma peculiar que diferencia los distintos afectos, el tono o colores que los caracteriza, y va unido a una determinada profundidad; en cuanto al segundo, es la modificación del estado fisiológico del organismo, variable en intensidad. Tomemos, para ilustrar lo segundo, algunos ejemplos.

En la emoción que llamamos aburrimiento hay una ausencia de objetos valiosos, con lo que la vitalidad disminuye o parece disminuir, aunque subsiste una aspiración al pla-

cer, la impulsividad se detiene y la existencia se percibe vacía.

En la ira, hay referencia a un objeto que amenaza a la conservación individual y al deseo de poder en forma de perturbación y limitación, suscitando una reacción de ataque y destrucción del mismo con anulación de la reflexión.

En la admiración hay en el horizonte personal un objeto de conocimiento que en su ser así sobrepasa lo corriente, lo habitualmente esperable. El sujeto se siente iluminado por una nueva luz que aumenta su proceso intelectual y atraído por el objeto tiende hacia él.

3. BASES NEUROBIOLOGICAS DE LA AFECTIVIDAD

El estado actual de las investigaciones neurobiológicas confirma la relación de los procesos afectivos, especialmente de las emociones, con la actividad del *sistema límbico*, y aunque tal afirmación no suponga un localismo radical, ante la diversidad de delimitaciones del mismo, conviene declarar nuestra aceptación de la propuesta por Gómez Bosque y Gómez Carretero, quienes incluyen en dicho sistema masas de sustancia localizadas en tres niveles filogenéticos del encéfalo:

a) Mesencefálico: sustancia gris central y núcleos satélites.
b) Diencefálico: hipotálamo y núcleos medios y anterior del tálamo.
c) Telencefálico: circunvoluciones del cíngulo, del hipocampo, amígdala, núcleos septales y formación hipocampal.

Las funciones del sistema límbico conocidas hasta el momento son vegetativas y psíquicas. Las primeras (controles de la circulación sanguínea, de la temperatura, de la distribución hídrica, de la contractilidad uterina, de la secreción láctea y del lóbulo anterior de la hipófisis) se ejercen especialmente por el nivel hipotalámico. Las psíquicas corresponden a la motivación, la afectividad, la memoria y el aprendizaje.

La articulación de la afectividad con otros procesos psíquicos que hacen de la actividad mental un todo, y no una suma de partes, corresponde a la red de conexiones neuronales del sistema límbico, conexiones que asocian a los distintos centros del sistema límbico entre sí (intrínsecas) y al sistema con otras informaciones del sistema nervioso (extrínsecas), como se sintetiza en el Cuadro 17.1.

Las conexiones intralímbicas más importantes en la actualidad constituyen cuatro vías que conectan todas las estructuras del sistema entre sí:

a) El circuito de Papez, formado por los siguientes centros y vías: complejo hipocampal (fórnix); núcleos de septum y tubérculos mamilares (fascículos mamilotalámicos); núcleos anteriores del tálamo (fascículos tálamo-cingulares); córtex cingular (cíngulo); córtex entorrinal (fascículos perforantes); córtex hipocampal.

b) El sistema estría medular-haz retroflexo, constituido por: región septal (estría medular); núcleos habenulares talámicos (haz retroflexo); núcleos interpedunculares mesencefálicos.

c) El que conecta: porción superior del mesencéfalo (haz medial del prosencéfalo); núcleos amigdalinos, del septum y del hipotálamo.

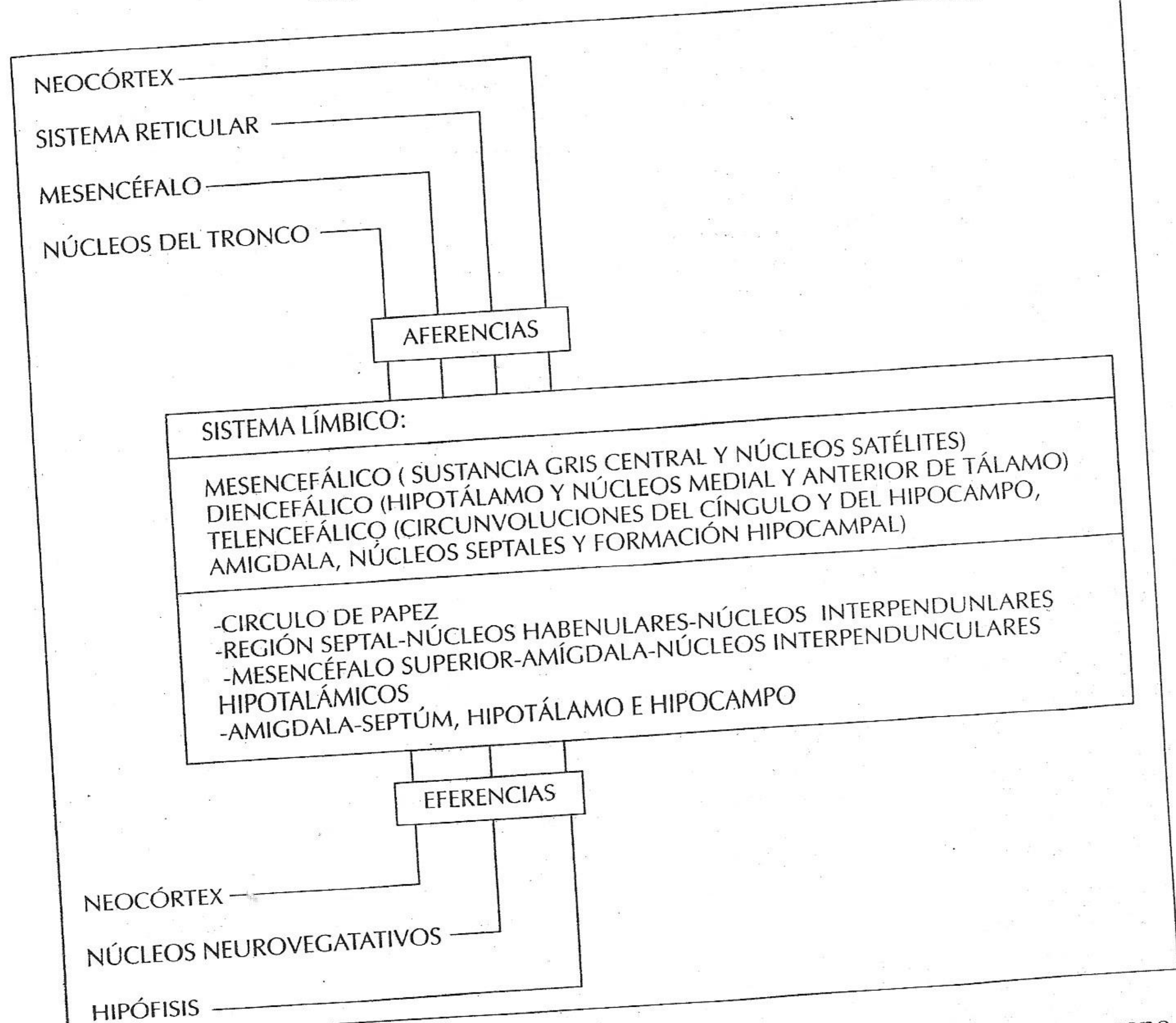
d) El formado por las conexiones de la amígdala con el hipotálamo, hipocampo y núcleos septales.

Considerando como un todo el sistema límbico, su relación con el resto del sistema nervioso se establece a través de unas *conexiones extrínsecas*. Las aferencias las recibe del neocórtex, del sistema reticular troncoencefálico, del mesencéfalo y de diversos núcleos distribuidos por el tronco cerebral productores de neurotransmisores. En cuanto a sus eferencias se orientan en tres direcciones: neocórtex (y dentro de él especialmente el lóbulo prefrontal), núcleos neurovegetativos del tronco y médula, e hipófisis.

Diversas observaciones de pacientes con lesiones cerebrales conocidas, y resultados de la experimentación animal, permiten ir defi-

CUADRO 17.1

Constitución y conexiones del sistema límbico



niendo el papel, probablemente fundamental, de la amígdala en los procesos emocionales, especialmente en la *reactividad emocional*, al recibir aferencias de las áreas asociativas específicas. Se ha comprobado que las lesiones que destruyen la amígdala, o suprimen sus aferencias visuales, provocan alteraciones de las conductas emocionales, estimándose que es la amígdala el lugar en el que se establece la asociación entre el estímulo y el refuerzo previamente establecido.

En cuanto a la *experiencia subjetiva* de las emociones, de difícil investigación, porque como es obvio la animal no sirve, va conociéndose poco a poco gracias al estudio de algunos epilépticos, especialmente temporales, en cuyas crisis experimentan miedo o, por el contrario, alegría o plenitud, frecuentemente asociados con modificaciones de la percepción. En el tratamiento quirúrgico de la epilepsia se ha observado que la estimulación eléctrica de diversas estructuras localizadas desde el tronco cerebral hasta la corteza temporal, provoca estados afectivos principalmente de miedo. Por otro lado, el estudio psicológico en epilépticos ha permitido distin-

guir rasgos diferenciales entre ellos y los individuos sanos (Habib) y configurar un tipo emotivo, en el que el foco es mucho más frecuente en el lóbulo temporal derecho, caracterizado por un humor excesivo, frente al tipo ideativo, cuyo foco es con más frecuencia temporal izquierdo.

En el intento de diferenciar el *sustrato anatómico* de las diferentes emociones viene aceptándose, desde que lo estableció Mac Lean, un subsistema formado por hipotálamo lateral, región septal, amígdala basolateral y cortezas temporal y frontal, asiento de los afectos placenteros o de recompensa, y otro constituido por el hipotálamo medial, el hipocampo, la amígdala corticomedial, algunas estructuras mesencefálicas (sustancia gris periacueductal y circunvolución del cíngulo), que estaría relacionado con las emociones de aversión o negativas. Pero conviene recordar que las anteriores relaciones proceden de la experimentación animal y, en lo que se refiere al localismo, su relatividad, puesto que la actividad del sistema límbico debe ser considerada como un todo, tanto en lo que se refiere a la afectividad, como en lo que compete a sus otras funciones.

Es de importancia, especialmente en patologías psicosomáticas, el conocimiento de la base neuroanatómica de la *expresión somática de los afectos*, cuyo esquema (Cuadro 17.2) sería el siguiente:

1. La información recibida por las vías aferentes produce en el sistema límbico un primer momento de configuración emocional.

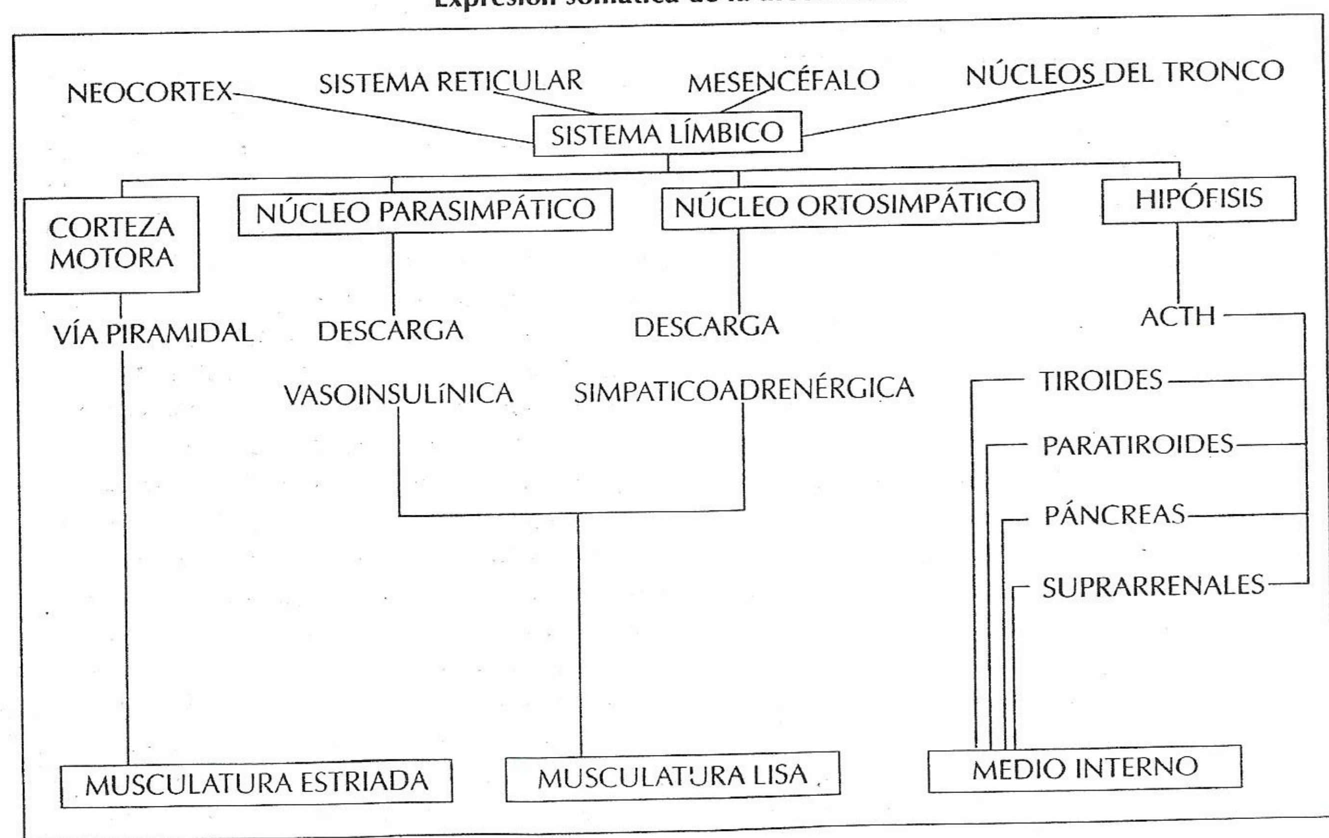
2. La excitación del sistema tiene las siguientes vías de posible descarga:

2.1. Alcanzadas la áreas motoras corticales y por la vía piramidal, provocará la actividad muscular estriada determinando la mímica y pantomima de la conducta emocional, lo que en el tema sobre psicomotricidad se denomina acción neutral, de tanta significación en los estados intensamente emotivos.

2.2. Por sus aferencias con los núcleos

CUADRO 17.2

Expresión somática de la afectividad



neurovegetativos podrá descargarse doblemente:

2.2.1. En una respuesta vago-insulínica al movilizar el parasimpático, especialmente el neumogástrico, manifestada por bradicardia, aceleración del tránsito intestinal, relajación de esfínteres, aumento de secreción digestiva, espasmo traqueobronquial, etc.

2.2.2. En una respuesta simpático-adrenérgica al excitar el ortosimpático, caracterizada por píloro-erección, aumento de transpiración, contractura de los esfínteres digestivos, intensificación de la motilidad intestinal, vaso-constricción, etc.

2.3. La estimulación de la hipófisis como consecuencia de la secreción hipotalámica y, secundariamente, por la ACTH, tiroides, paratiroides, suprarrenales y páncreas (islotes de Langerhans), cuyas hormonas intervienen en el metabolismo del K y del Ca, el equilibrio ácido básico, el cuadro hemático (tendencia linfoide o mieloide), la termorregulación, el metabolismo basal y la glucemia, tendrá como consecuencia una serie de modificaciones del medio interno.

Hay una clara relación entre los tipos de descarga mencionados y determinados estados afectivos; por ejemplo, entre los afectos placenteros y los mecanismos vagoinsulínicos, y los del grupo de la irritación y la respuesta simpático-adrenérgica, pero tratar de especificar la fisiología en una emoción concreta, pensando en un mecanismo específico para cada emoción descrita, no deja de ser hoy una excesiva ingenuidad. Por otro lado, hay estados afectivos en los que la estimulación de los dos sistemas es evidente.

4. TEORIAS SOBRE LA EMOCION

Las teorías sobre la emoción se han ido formulando al ritmo del desarrollo de los conocimientos psicofisiológicos.

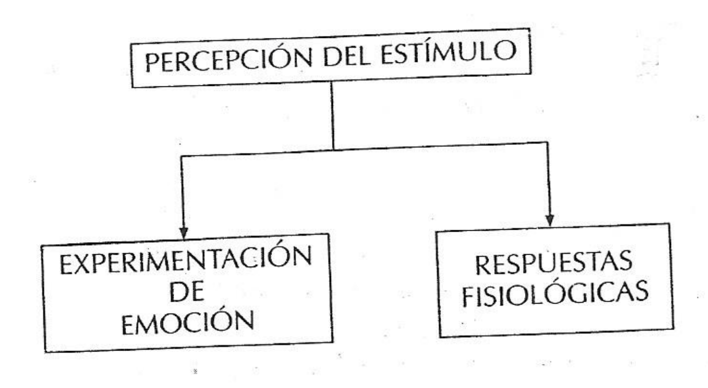
4.1. Teoría periférica de James-Lange

Para James, la emoción puede explicarse por la repercusión que sobre la conciencia tienen los trastornos periféricos que la percepción del objeto provoca. Esta teoría se basa en algunos argumentos, como el hecho de que si nos representamos una situación capaz de provocar emoción, podemos alcanzar un conocimiento intelectual, pero no podemos sentirla.



4.2. Teoría corticodiencefálica de Cannon-Bard

Los trabajos de estos autores ya habían puesto de manifiesto que era preciso conceder una gran importancia al sistema nervioso central en el mecanismo de la emoción. Para Cannon, los esquemas dinámicos de las emociones tienen su origen en el hipotálamo. Tenemos preparados los mecanismos de las diferentes emociones, estos mecanismos en estado normal están inactivos, inhibidos por el control cortical. Cuando percibimos un estímulo capaz de desencadenar una emoción, la estimulación que se transmite al córtex tiene el efecto de suprimir esta inhibición. El esquema dinámico hipotalámico se libera y se desencadenan las manifestaciones periféricas, al mismo tiempo que se envía la señal de este desencadenamiento al córtex, que pasa a integrarlo en nuestra experiencia. Es precisamente en el córtex donde se sitúan las representaciones de las emociones, a partir del cual se desarrollarán los mecanismos adaptativos.



4.3. Teoría de Arnold-Lindsley

También denominada de la «activación». Según esta teoría el estímulo desencadena una excitación que llega al córtex, ésta ocasiona una toma de posición emocional, y al mismo tiempo el córtex pone en marcha el sistema dinámico hipotalámico que va a expresarse en la periferia. A su vez, estas modificaciones periféricas son percibidas, y esta percepción tiende a cambiar la toma de posición emocional que se sitúa en el córtex. Se constituye, pues, un circuito cerrado que explica la presentación en forma de alud de algunas emociones, por refuerzos sucesivos de la toma de posición emocional, que condiciona el grado de liberación de los mecanismos hipotalámicos.

5. EMOCION Y COGNICION

Desde el comienzo de los años ochenta, el punto de mayor divergencia entre los investigadores de las emociones está en la relación que existe entre cognición y emoción; es decir, si es posible experimentar emoción sin que intervenga lo cognitivo. El problema tiene sus consecuencias prácticas, pues si nuestras emociones no surgen de nuestros pensamientos conscientes, los terapeutas tendrán que explorar o condicionar, directamente, las respuestas emocionales de sus pacientes; y si nuestras emociones son una reacción ante nuestros pensamientos, entonces, alterando conscientemente nuestras pautas de pensamiento, podríamos cambiar nuestras emociones. Pasamos a exponer algunas de las teorías que a este respecto se han formulado.

5.1. Teoría bifactorial de Schaffer y Singer

Basándose en un estudio realizado por Marañón, llevaron a cabo un experimento en el que se manipulaba el estado de activación del sujeto (arousal) y las claves cognitivas que supuestamente le permitían interpretar dicho estado.

La teoría de Schaffer y Singer dice que, para que se produzca emoción, el estado de excitación ha de atribuirse a un estímulo emotivo; si el individuo atribuye su excitación a un estímulo no emocional, se predice que no existirá emoción.

La teoría intenta demostrar la posibilidad de manipular independientemente el arousal fisiológico y la evaluación cognitiva. El arousal fisiológico en los estados emocionales es una reacción general del sistema nervioso simpático (activación generalizada) y no un patrón específico. Es decir, no se daría la especificidad fisiológica de las emociones defendida por otras teorías, como la de James.

De acuerdo con esta teoría, las emociones surgen por la acción cognitiva de dos factores. Algunos autores la denominan teoría bifactorial de las emociones. Dichos factores son:

1. Excitación fisiológica.
2. Interpretación cognitiva de los estímulos circunstanciales.

El individuo percibe su excitación fisiológica y busca una explicación a la misma, atribuyéndola a las claves de la situación que está viviendo. La intensidad de la excitación determina la intensidad de la emoción.

La atribución causal de su excitación a las claves emotivas ambientales determina la cualidad o el tipo de emoción. La simple excitación fisiológica no genera emoción, al igual que la percepción exclusiva de estímulos emocionales tampoco la genera.

El funcionamiento de este doble proceso tiene algunas limitaciones. Así, para que exista la posibilidad de que el individuo pueda definir como distintas emociones una misma actividad fisiológica, ésta ha de poseer cierto

grado de ambigüedad. De lo contrario, si la actividad fisiológica se produce ante estímulos ambientales evidentes, el individuo sólo podrá atribuir su estado de excitación a los mismos y no a otros estímulos inductores diferentes. Además, los factores ambientales que influyen sobre la interpretación cognitiva de la situación han de darse antes de que aparezca la activación fisiológica. De lo contrario, la excitación será atribuida a cualquier suceso anterior a la misma.

5.2. Teoría de la interpretación cognitiva de Mandler

Mandler propone en su teoría que la interpretación de una secuencia de respuestas integrada u organizada produce un estado de activación que precederá a una conducta o experiencia emocional.

Posteriormente, amplió su teoría a la interrupción de acciones y de planes cognitivos, interrupción que también produce activación. Resalta la importancia de las cogniciones evaluativas (análisis del significado), así como de la activación autónoma periférica y especialmente la percepción de ésta.

Por tanto, el estado de activación autónoma puede ser iniciado por la interrupción de acciones o planes cognitivos, o por un proceso cognitivo de interpelación de una situación.

Para la emoción, más importante que la activación autónoma es la percepción de la misma. Esta, generalmente, resulta ser indeferenciada o difusa; siendo sólo relevantes los cambios de intensidad.

A su vez, esta percepción autónoma inicia un análisis interpretativo, o análisis de significado adicional, de los estímulos internos.

Los sucesos ambientales relevantes para la reacción emocional cumplen dos funciones:

1. Iniciar un estado de activación o arousal.
2. Iniciar un análisis del significado de la situación.

El contenido o modalidad emocional —el tipo de emoción— está determinado por circunstancias cognitivas específicas de la interrupción, o situación generadora de la activación, y probablemente de sus consecuencias.

La experiencia unitaria de emoción constituye una estructura consciente particular. Los principales procesos que forman esta estructura son la activación autónoma periférica y las cogniciones evolutivas.

Las cogniciones evolutivas incluyen valores positivos y negativos, así como un compuesto de otras evaluaciones, como atracción sexual, ofensa hecha y ofensa recibida, pérdida de amor y otras muchas. Las experiencias emocionales se construyen desde estas evaluaciones y la activación del SNA para formar una experiencia unitaria diferente llamada amor, miedo, hostilidad, pena y muchas otras.

5.3. Teoría de la valoración cognitiva de Lazarus

Lazarus concibe al hombre como un ser que continuamente evalúa su ambiente y que reacciona en función de dichos procesos de evaluación. Esta reacción estará condicionada por factores personales: creencias, expectativas, etc., que van a influir en los procesos de valoración, haciendo que el individuo reaccione y se comporte activamente.

Mediante la valoración primaria el individuo prevé en qué medida le afectará la situación; a través de la valoración secundaria decide qué es lo que puede hacer ante esa situación, produciéndose de forma continua una serie de procesos de valoración-reacción-reevaluación-reacción, de manera que el pensamiento y la emoción son simultáneos.

Para Lazarus, la actividad cognitiva es una condición necesaria de la emoción. Una emoción no es una reacción meramente psicofisiológica, sino que la experiencia emocional es un componente esencial de la misma. Por tanto, la cognición es una parte integrante de la emoción y ambas no pueden separarse. Además, la emoción también interfiere en los procesos cognitivos. Por tanto, la cognición y la emoción están profundamente interrela-

cionadas y hablar de causalidad en un solo sentido equivale a tomar únicamente una parte de la cadena real de acontecimientos.

Lazarus defiende que la emoción y el arousal consiguiente dependen de la forma como el individuo construye la situación. Según como sea la valoración cognitiva que se realiza, provocará un tipo u otro de emoción; en función de esta valoración será el arousal. Así, para Lazarus, la ansiedad es una emoción que resulta de la percepción de un daño posible en condiciones ambiguas o simbólicas.

A los esfuerzos cognitivos y conductuales ambientales que se desarrollan para manejar las exigencias específicas interna y/o externa que son valoradas como abrumadoras o desbordantes de los recursos del individuo, Lazarus los define con el nombre de afrontamiento.

Afrontamiento no equivale a dominio de la situación o a la obtención de resultados positivos. En lo referente al dominio de la situación, el afrontamiento más eficaz será aquel que modifique las relaciones entre el individuo y la situación en sentido positivo, pero esto no es equivalente al dominio de la misma. Hay situaciones estresantes que son imposibles de dominar y, en estos casos, el afrontamiento mejor será el que fuera capaz de hacer más llevadero aquello que es imposible de dominar, bien minimizándolo, aceptándolo, e incluso en algunos casos negándolo.

El afrontamiento dirigido a la emoción tendrá más probabilidad de darse cuando el resultado de la valoración sea que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Mientras que el afrotamiento dirigido al problema se dará con mayor probabilidad cuando tales situaciones sean valoradas como modificables.

5.4. Teoría de la atribución de Weiner

Weiner no intenta hacer una teoría general de la emoción, sino que propone un punto de vista atributivo (por tanto, cognitivo) del proceso emocional.

El proceso de cognición-emoción que propone sería el siguiente: tras el resultado de un acontecimiento, hay una reacción general positiva o negativa (una emoción «firmativa»), basada en el éxito o fracaso percibido del resultado (una valoración primaria). Estas emociones se consideran dependientes del resultado e independientes de la atribución, puesto que se deben al resultado y no a la causa. Las dos reacciones más generales son: la felicidad, por el éxito, y la frustración, por el fracaso.

Tras la valoración del resultado y la inmediata reacción afectiva, se buscará una descripción causal; lo que generará una serie de emociones diferentes, en función de la atribución o atribuciones elegidas. Es decir, estas emociones se considera que dependen de la atribución, puesto que están determinadas por la causa percibida del resultado anterior. En relación directa con la atribución de causalidad elegida, se generarán diferentes emociones, como sorpresa, serenidad, tristeza, frustración, etc.

Por tanto, las dimensiones de la causalidad percibida van a desempeñar un papel importante en el proceso emocional. Cada dimensión estará relacionada con una serie de sentimientos. Por ejemplo, la interioridad causal estará más relacionada con sentimientos como la autoestima, mientras que la exterioridad estará menos relacionada con estos sentimientos.

Según esto, los sentimientos aparecen a partir del modo como se construya o evalúe un acontecimiento.

Weiner analiza siete emociones: autoestima, ira, compasión, culpabilidad, vergüenza, gratitud y desesperación, y las relaciona con las dimensiones causales.

El orgullo y la autoestima positivos se experimentan como consecuencia de atribuir un resultado positivo a uno mismo (locus de causalidad); mientras que se experimenta autoestima negativa cuando un resultado negativo se atribuye a uno mismo.

La ira está relacionada con el control por

parte de otros (y ausencia de control por nuestra parte) de un suceso que ha tenido resultado negativo. Además, se considera que la conducta de los otros ha sido impuesta, arbitraria e imprudente.

La compasión está relacionada con la ausencia de posibilidad de control.

La culpabilidad se produce por causas controlables, tanto por realizar como por omitir acciones particulares que han dado como resultado un fracaso.

Tanto la culpabilidad como la vergüenza suponen autoestimaciones negativas, pero en el primer caso lo atribuimos a falta de esfuerzo, mientras que en el segundo a falta de capacidad.

La gratitud hacia otra persona se produce sólo si el acto del benefactor está bajo control volitivo y está además dirigido a beneficiar al receptor.

La desconfianza y la resignación son ilimitadas cuando se da una atribución para un resultado negativo con causas estables.

De estas siete emociones, cuatro (ira, compasión, gratitud y culpabilidad) se consideran de especial importancia para promover la supervivencia genética y las cuatro están relacionadas con la dimensión de posibilidad de control; dimensión fundamental para controlar el orden social.

Resumiendo, las dimensiones causales tienen consecuencias psicológicas, relacionándose tanto con las expectativas, como con el afecto (que se presume es el valor de alcanzar la meta). Las emociones se pueden interpretar, por tanto, como consecuencias poscognitivas, resultando de las atribuciones de causalidad que se llevan a cabo al analizar los resultados de una acción.

6. PSICOPATOLOGIA DE LA AFECTIVIDAD

A fines didácticos exponemos a continuación la psicopatología de la afectividad en dos grandes apartados: uno que se ocupa de las alteraciones patológicas de la afectividad normal, de lo que algún autor ha denominado trastornos de la reacción afectiva, y otro de los afectos patológicos, aunque conviene dejar constancia de que las fronteras entre lo normal y lo anormal-patológico no son nítidas, ni en lo cuantitativo ni en lo cualitativo. De acuerdo con ello, se van a estudiar sucesivamente la patología de la intensidad afectiva, de la calidad, de la regulación, y del curso de los afectos.

6.1. Alteraciones patológicas de la afectividad normal

Según lo expuesto en el apartado sobre fenomenología de la afectividad, en toda emoción cabe distinguir una cualidad más o menos profunda, un gusto más o menos intenso y una reacción adecuada con el objeto estimulante de la reacción. Superados los límites aceptables para la normalidad, veamos cómo puede modificarse ésta.

6.1.1. Modificaciones de la intensidad

Se habla de *aumento de la reacción afectiva* cuando estímulos que normalmente no desencadenan emociones, al menos observables, o que carecen de intensidad para hacerlo, van seguidos de respuestas afectivas notorias, y también cuando la emoción sí es adecuada cualitativamente al objeto pero resulta desproporcionada. Pueden observarse en sujetos nerviosos, algunos neuróticos, en el comienzo de las psicosis y en algunas enfermedades orgánicas como el hipotiroidismo.

Es *estupor emocional* es la pérdida temporal de la capacidad de reaccionar afectivamente a acontecimientos que lo justificarían. Es propio de situaciones catastróficas o de gran peligro.

Se denomina *apatía* a la incapacidad prolongada para experimentar afectos, aceptándose también como tal la excesiva superficialidad de la vivencia o la escasa intensidad de su expresión, manteniéndose indemne la capacidad de comprensión de las situaciones estimulares. Acompañan a algunos estados depresivos, es pasajera en estados psicóticos agudos y estable en algunas formas de esquizofrenia y demencias.

La *estupidez afectiva* es la incapacidad para experimentar sentimientos y emociones elevados, los correspondientes a los valores de sentido, aunque también puede afectar a otros inferiores. Es propia del retraso mental.

6.1.2. *Modificaciones de la calidad afectiva*

Aunque es muy discutido que se trate de verdaderas alteraciones cualitativas, cabe aceptar como tales las siguientes.

Se conoce con el nombre de *anafectividad* la ausencia de conciencia de los propios estados afectivos que, sin embargo, sí se expresan, incluso de manera ostensible. Puede aparecer en las fases iniciales de algunas psicosis y en ciertos estados depresivos graves.

Cabe incluir en este apartado un trastorno muy específico, ya señalado por autores clásicos, que consiste en la incapacidad para experimentar placer, llamado *anhedonía,* y que suele encontrarse en estados depresivos de cierta intensidad, por lo que se ha hecho de él uno de los criterios diagnósticos de la depresión mayor.

La *ambivalencia afectiva* supone la vivencia y expresión de afectos opuestos, siendo el mismo el objetivo que los estimula. Típica de la esquizofrenia.

También puede aparecer en la esquizofrenia el fenómeno que se conoce con el nombre de *proyección afectiva morbosa,* consistente en la vivencia afectiva cuyo sujeto la atribuye a la influencia de otras personas sobre él. Relacionadas con él se pueden reconocer la *proyección afectiva directa,* en la que los propios afectos se ubican fuera de uno, y el *sentimiento de privación afectiva,* en el que quien lo padece tiene la experiencia de haber sido desposeídos parcial o totalmente de su afectividad.

6.1.3. *Modificaciones de la regulación afectiva*

Siendo la expresión de los afectos la posible tras la inhibición normal, y adecuada a los objetos y situaciones estimulantes, se habla de *espontaneidad afectiva anormal* cuando se quiere designar el desarrollo de emociones y sentimientos sin relación aparente con estímulos, sin motivación conocida, que pueden además expresarse con una gran intensidad y hasta violencia en epilépticos, catatónicos y maníacos. La *explosión afectiva* es la tendencia habitual a descargar violentamente las emociones en respuestas desproporcionadas a los estímulos.

Se conoce como *labilidad afectiva* a los cambios bruscos afectivos, que se expresan de manera desproporcionada al estímulo, en los que se ha perdido la adecuada proporción entre el estado subjetivo y la expresión del mismo. Y como *incontinencia emotiva,* a la expresión inmediata de gestos y conductas emocionales, pudiendo estar ausente la vivencia subjetiva correspondiente.

6.1.4. *Modificaciones del curso de los afectos*

Generalmente se encuentran ligadas a los trastornos del pensamiento. En algunas situaciones patológicas, como en la esquizofrenia inicial, puede descubrirse una *inversión de sentimientos* en la que los afectos que se mantienen con los objetos, especialmente con las personas, si son congruentes con la relación interpersonal, cambian en poco tiempo, y sin motivo aparente, en sus contrarios.

Schneider describió con el nombre de *reacción de fondo* una alteración del curso normal de diversos afectos caracterizada porque dicho curso se ve impugnado por afectos de situaciones anteriores perdiendo la correspondencia comprensible.

Y cabe incluir en este apartado la *tenacidad afectiva,* consistente en el mantenimiento de un afecto que se extingue lentamente. Es una forma de adhesión típica de algunos enfermos epilépticos que, no siendo muy acusada, también puede observarse en ciertas personalidades no patológicas.

6.2. Afectos patológicos

Van a considerarse en esta sección una serie de estados afectivos que forman parte de

la vivencia de la enfermedad. Algunos de ellos no son patológicos por sí mismos, es patológica la situación en la que se encuentra el individuo que la padece; pero otros sí se consideran patológicos.

Entre los primeros se han de citar el *malestar físico*, que puede ser la primera manifestación de una enfermedad, en el que se experimenta de manera desagradable la propia vitalidad. Es una tonalidad psicosomática de signo negativo en la que hay un esbozo de tendencia al aislamiento y al descanso, de inferioridad y de impotencia. *El dolor* es más concreto, su vivencia es de sufrimiento y de desorganización física y psíquica, como si algo que se oculta en nosotros mismos se hace nuestro enemigo. Su cualidad es la de alteración y amenaza del fondo de nuestro ser, y el gesto el de escapar aunque sin saber cómo. Su referencia objetiva puede ser menos confusa, pues lo subjetivo y lo objetivo están entrelazados. Psicológicamente es opuesto al placer. En el *susto* el sujeto se siente amenazado, detenido en su curso psicosomático, y su gesto es de paralización. La *agitación* es parecida al susto, pero en lugar de un gesto de paralización le corresponde uno de inquietud y excitación. Se intenta un dominio de lo amenazante pero resulta imposible. El yo puede sentirse afectado y experimentar una disminución de la intensidad y profundidad de los sentimientos del propio valor y del propio poder, conformándose *sentimientos de inferioridad y culpa*. Y con relación al futuro, éste puede aparecer como un horizonte de pérdidas y de no-realización (*preocupación* y *temor de futuro*), absolutamente cerrado a toda posibilidad (*desesperación*), con lo que se experimenta el fracaso radial, o acompañado de la seguridad de que, a pesar de todo, la existencia sigue adelante (*resignación*).

Se consideran sentimientos patológicos las variaciones normales del humor o estado de *ánimo* y ciertas formas no comprensibles del temor.

Por humor o estado de ánimo entendemos la experiencia interna y personal, diferenciada (no indiferenciada como en el malestar y bienestar), de nuestra vitalidad y de su fluir. Su disminución se denomina tristeza y su exaltación alegría, relacionándose ambas en la afectividad normal con objetos y situación en una ordenación comprensible. En el humor alegre se experimenta una claridad interior que se irradia al entorno y una extensión creadora de la individualidad. En el humor triste la vivencia es de oscuridad interior, agotamiento, abatimiento, aprensión, hundimiento y alejamiento del mundo. Ambos estados de ánimo influyen positiva o negativamente en el resto de los procesos psíquicos y, en su normalidad, guardan una adecuada referencia al mundo. Algo nos alegra y algo nos entristece, y el estado de ánimo individual es un tono o nivel intermedio, básico, entre ambos, que varía en relación con el entorno.

Se hace patológico el humor por exageración de sus cualidades y por pérdida de su relación con el entorno. La exageración del ánimo alegre y su falta de referencia se denomina *hipomanía* si es moderada y *manía* si es intensa, y la disminución y falta de referencia del ánimo triste, *depresión*.

La manía y, sobre todo, la depresión, encierran una gran riqueza de matices y relaciones con otros afectos y procesos psíquicos, pero su estudio corresponde a la semiología y a la clínica psiquiátrica.

Los otros sentimientos patológicos que se van a considerar pueden estimarse derivados del temor. Siendo éste la vivencia de amenaza de la conservación individual, cuando el peligro procede de un objeto de la realidad potencialmente amenazante se denomina miedo. Al temor sin motivo conocido se le conoce con el nombre de *ansiedad*, y si en él domina un cambio corporal experimentado globalmente como opresión con diversos signos localizados en diferentes zonas del cuerpo y órganos, hablamos de *angustia*. Y en el caso de que el temor sí se refiera a un objeto o situación, pero éstos carezcan de peligro para el sujeto, de *fobia*.

Lo que se ha dicho para la depresión puede repetirse ahora. Consideradas la ansiedad y la angustia o la fobia como psicosíntomas, son sencillamente lo que se acaba de exponer; pero su importancia en la medicina, especial-

mente en la psiquiatría, es enorme, lo que exige y ha determinado un número de estudios considerable. La depresión es un síntoma aislado que puede constituirse en síndrome siendo en éste el síntoma fundamental, y ser también una enfermedad a la que da nombre. En cuanto a los temores patológicos son el elemento nuclear de las neurosis, de máxima importancia clínica en el trastorno del pánico, en el trastorno de ansiedad generalizada y en los trastornos de ansiedad fóbica.

BIBLIOGRAFIA

SCHMIDT-ATZERT, L. *Psicología de las emociones*. Herder. Barcelona, 1985.

LERSCH, Ph. *La estructura de la personalidad*. Scientia. Barcelona, 1962.

SCHELER, M. *Esencias y formas de la simpatía*. Losada, S. A. Buenos Aires, 1957.

WOLMAN, B. B. *Manual de psicología, 4. Motivación, emoción y personalidad*. Martínez Roca. Barcelona, 1980.

GOMEZ BOSQUE, P., y GOMEZ CARRETERO, M. E. *Tratado de psiconeurología*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid. Valladolid, 1987.

HABIB, M. *Bases neurológicas de las conductas*. Masson. Barcelona, 1994.

MAC LEAN, P. D. Psychosomatic. En: *Handbook of Phisiology*, 3. American Phisiological society. Washington, 1960.

SCHNEIDER, K. *Psicopatología*. 3.ª ed. española. Par Montalvo. Madrid, 1970.

CAPITULO

8

SEXUALIDAD

Dra. Cecilia Cardinal de M.

INTRODUCCION Y CONCEPTOS BASICOS

Del estudio de la sexualidad humana se han preocupado diferentes ciencias y disciplinas. Aún así el acercamiento hacia el tema ha sido parcializado y en ocasiones tratado con un fuerte sesgo emanado de la disciplina académica propia de cada autor.

La sexología (investigación, estudio y comprensión de la sexualidad humana) comienza apenas a ser reconocida dentro del campo médico y es por eso que se hace necesaria una aclaración sobre su concepción, significado y alcances.

La sexología ha recorrido un largo camino que comienza en el momento en el que alguien en épocas pre-históricas descubrió que el coito conducía a la gravidez. Recorre inicialmente los terrenos de lo sagrado, vuelve a lo terreno, se adentra en los vericuetos científicos de la biología y la psicología, retorna al conflicto entre lo sagrado y lo profano, excursiona por los campos de la historia, la antropología y hasta de la ideología política.

Este largo camino no ha terminado de recorrerse y el recorrido se complica ahora por la disparidad de criterios sobre lo que es en sí misma. Es para unos una ciencia, para otros es una disciplina que llama a su auxilio otras disciplinas. Ciencia o disciplina el acercamiento a la sexología está aún teñido por la formación académica básica de la persona que de ella se ocupa, pero lo más importante, está teñida por la concepción que del ser humano y de su ser y quehacer vital se tenga.

La nueva sexología tiende a ser holística, es decir integral, de manera que considere como un todo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad. Pretende o al menos algunas escuelas lo pretenden que sea realmente humana y humanística.

Las discusiones sobre algo tan vital y por todos experimentado (sexo y sexualidad) son aún interminables. Dentro de esta situación se plantean una serie de conceptos que sin pretender ser absolutos y definitivos servirán para dar un marco de referencia teórico.

1. Sexo biológico.

El sexo (biológico) lo constituyen aquella serie de características físicas (anatómicas-hormonales) genéticamente determinadas

que sitúan a los seres humanos en algún punto de un continum donde en sus extremos estuvieran el hombre y la mujer reproductivamente complementarios y ejercitantes de esa capacidad. La figura 8-1 ilustra el concepto con algunos ejemplos.

Durante cualquier etapa del desarrollo pueden ocurrir hechos o tomarse opciones que alterarán la capacidad reproductiva complementaria de los seres humanos lo que los situará en algún punto del continum, fuera de uno de los dos extremos, pero que de ninguna manera cambiará el hecho de pertenecer al sexo masculino o femenino.

2. Sexo de asignación social.

El sexo de asignación no es más que aquel que se asigna al ser humano en el momento de su nacimiento según sea la apariencia de sus órganos genitales externos. Sin embargo, desde antes de la concepción de un ser humano los protagonistas actuales o futuros de esa concepción expresan y actúan anhelos y fantasías sobre el futuro inmediato y mediato de ese nuevo ser.

Anhelos y fantasías que están de una manera importante determinados por los valores culturales de la micro y macro sociedad a la que pertenezcan.

Así, en nuestra cultura tradicional, un ser humano masculino desde su vida intrauterina supuestamente ejecutará movimientos muy activos y contribuirá mejor por su potencialidad física de movimiento a un parto más rápido. La cuna que lo albergará, los ropajes que lo abrigarán, los juguetes que los divertirán tendran una ligera marca de dureza, de austeridad, de ternura y suavidad contenida, de tonos vocales bajos. Su futuro se diseñará para cumplir papeles instrumentales con tintes de competividad.

Un ser humano femenino desde su vida intrauterina tendrá supuestamente poca posibilidad de movimientos, por sù potencialidad física, contribuirá poco al aceleramiento del parto. El nido que la albergará, los ropajes que la abrigarán, los juguetes que la divertirán tendrán una marca de suavidad, de tonalidades variadas y de clara ternura, de tonos vocales agudos y graves vueltos falseto.

Su futuro se diseñará para cumplir papeles nutricios con tintes de resignación. Es por eso que el sexo de asignación, marca de identificación, es un hecho eminentemente **social.**

3. Identidad de género - sexo psicológico.

Una vez asignado el sexo del recién nacido durante el proceso de desarrollo éste va aprendiendo actitudes y conductas que lo hacer reconocerse como igual a los mayores de su mismo sexo y le permiten identificarse con ellos. Identidad de género es pues todo lo que se aprende e introyecta para identificarse como perteneciente al sexo masculino o femenino y es por lo tanto un hecho eminentemente **psicológico.**

4. Sexualidad humana.

Donde confluyen el sexo biológico, social y psicológico comienza la sexualidad humana.

Impulsada por el "motor" biológico es una fuerza vital que constituye una manera principal de relación del ser humano consigo mismo y con los demás seres humanos.

Si bien las bases biológicas son comunes la sexualidad humana es única, cambiante y relativa, como única, cambiante y relativa es la existencia de cada ser humano. Siendo parte indivisible de nuestro ser y estar en el mundo, su vivencia puede ser fuente de displacer o de placer pero es de todas maneras un compromiso existencial.

Es conveniente recalcar las características de unicidad, posibilidad de cambio y relatividad mencionadas antes.

El no reconocer el sello propio que cada ser humano imprime a sus sentimientos y conductas, la posibilidad de que éstos cambien con el correr del tiempo y la influencia que una determinada cultura o subcultura tienen en la vivencia de la sexualidad, trae como consecuencia la incomprensión y el autoritarismo irracional en la visión y manejo de la sexualidad humana, negando además

Figura No. 8-1

SEXO (BIOLOGICO)

CONTINUM

♂ Reproductivamente capaz y ejercitante — ♀ Reproductivamente capaz y ejercitante

♂	♂	♂	♀	♀	♀
Alteraciones biológicas	Alteraciones psico-sociales	Orientaciones y opciones de vida sexual	Orientaciones y opciones de vida sexual	Alteraciones psico-sociales	Alteraciones biológicas
Ejemplo: Azoospermia. (de etiología variada). Esterilización quirúrgica. Castración quirúrgica Castración traumática Incapacidad eréctil de origen biológico	Ejemplo: algunas parafilias verdaderas Disfunción eréctil primaria y/o permanente. Incapacidad eyaculatoria Fobia a la paternidad.	Ejemplo: Homosexualidad Castidad Celibato permanente Exagerada conciencia social demográfica Esterilización quirúrgica voluntaria	Ejemplo: Homosexualidad Castidad Celibato permanente exagerada conciencia social demográfica Esterilización quirúrgica voluntaria	Ejemplo: Vaginismo total Fobias diversas: hacia el hombre, penetración, coito, gravidez	Ejemplo: Anovulación (de etiología variada) Oclusión tubaria (de etiología variada) Agenesia uterina Castración quirúrgica Esterilización quirúrgica Ausencia congénita o atresia de vagina

la posibilidad de que se viva de una manera placentera.

LA SEXUALIDAD EN NUESTRA CULTURA

Nuestra cultura nos ha legado un conjunto de valores, normas, creencias y actitudes respecto a la sexualidad, sin embargo, por los procesos de convergencia (aculturación) y difusión (propagación de rasgos culturales de un grupo a otro dentro de la misma cultura) estos valores, normas, creencias y actitudes han experimentado algunos cambios.

Traducir e interpretar la realidad de las influencias culturales, su unidad y sus matices es una tarea difícil y necesariamente incompleta no sólamente por la ausencia de investigación exhaustiva en el tema sino por la complejidad de factores que intervienen en la constitución de lo que hemos dado en llamar cultura hispano-indo-americana.

Nuestras sociedades indígenas demostraron claramente la importancia que daban a lo sexual por medio de la rica estatuaria erótica o representativa de la maternidad y familia, desafortunadamente destruída en parte por el furor misionero de la conquista.

Eran hasta entonces los chamanes y los brujos los que regulaban, la conducta sexual de la época.

El proceso de aculturación pretende destruir (y lo logra en parte) los valores y normas indígenas. Afortunadamente algunos se preocupan de basar sus nuevas enseñanzas en el conocimiento de la realidad y así, aquí y allá se encuentran testimonios ocasionales: "Andan las indias de aquestas regiones exhibiendo sus vergüenzas, mas son castas y fieles" - "Se ayuntan indios e indias con tal ardor en la espesura que tal parece que les sobrara naturaleza" - "Son los indios de estas regiones putos y practican el pecado nefando" (Crónicas de Fray Pedro Simón).

De otro lado la cultura española traía influencia de latinidad, cristianismo, islam y judaísmo. Traía del judeo-cristianismo una visión ascética y culpabilizadora, una noción de la mujer disminuída y a-erotizada, del islam traía ante todo sensualidad y una avanzada cultura del placer. La expresión de la sexualidad era por lo tanto ambigua. Son ahora los sacerdotes y encomenderos y cada vez menos los chamanes quienes regulan la conducta sexual.

Lentamente con el correr del tiempo y con el advenimiento de culturas africanas, se mezclan y se decantan normas y actitudes.

En los siglos XIV, XVII y XVIII la infuencia cultural española se hace dominante con algunos rasgos aún más acentuados que en la Península. La dualidad de conductas y de actitudes que las general se hacen patentes en la formación de pareja; de un lado la institucionalizada por la Iglesia y oficialmente permitida, de otro, el concubinato y la poligamia no permitida oficialmente pero reales y admitidas en pro del "derecho de pernada".

La sexualidad mirada con un poderoso lente moral, es sin embargo castigada únicamente cuando quien desobedece las normas es mujer o pertenece a las clases bajas.

La influencia europea (Francia e Inglaterra) se hace sentir a finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX.

De Francia llegan (para las clases altas) pequeñas "perversiones" y refinamientos de alcoba, se establecen prostíbulos lujosos y se importan "profesionales" en el ramo, lo que da un irreal toque de elegancia y de cierta legitimización a las crónicas visitas al burdel, en pro de un "desahogo" sexual extrahogareño matizado con tintes exóticos.

La doble moral sexual victoriana llega con gran fuerza de Inglaterra y encuentra terreno propicio para prosperar en todas las capas sociales. En efecto no hace más que subrayar la ambigüedad entre la bendición y la condena, el hogar y el burdel, el bostezo y el exceso, lo que parece y no es y lo que es pero no puede parecer, la negación y la exaltación.

La mujer "buena" debe ser asexuada y asexual, sumisa en todos los órdenes, se contrapone la "madre virginal" (reprimida en su expresión) con la "prostituta" portadora del goce y del placer .

El hombre debe ejercer agresivamente su sexualidad, su vida conyugal aséptica y ordenada en contraste con su "otra" vida erótica. Posteriormente la influencia gradual y

luego acentuada de Norteamérica y de algunos países europeos trae para algunos grupos la influencia de cambios acelerados: la llamada "revolución sexual".

Según Giraldo los siguientes factores han contribuído a producir cambios acelerados:

"1. Las dos guerras mundiales dieron a hombres y mujeres, la oportunidad de desempeñar oficios que anteriormente no eran asignados a su sexo, con lo cual los papeles sexuales sufrieron algunos cambios reales y ganaron en flexibilidad, sin que por eso se perdiera la identidad sexual de las personas.

2. Las investigaciones sexuales pusieron de manifiesto que existía una amplia gama de reacciones e intereses sexuales y que, por lo tanto, los individuos podían participar del "secreto" de otros y sentirse bien con su sexualidad.

3. La popularización de los anticonceptivos y los fenómenos demográficos, así como los de la economía doméstica que obligaron a la reducción del tamaño de la familia, definitivamente desligaron la sexualidad de la procreación y obligaron a la gente a decidirse a hacer algo con sus necesidad sexuales.

4. La industrialización, la urbanización, la disminución de la influencia religiosa y el desarrollo de la democracia humanística, con su respeto a la individualidad, fueron los elementos que dieron cabida a la sexualidad como autorrealización personal.

5. Los movimientos liberacionistas y las organizaciones sexuales han impactado el pensamiento y las actividades de nuestra sociedad; también dichos movimientos han cuestionado muchos mitos que antes se tuvieron como verdades y han demandado una libertad sexual de acuerdo con la autorrealización personal. Digna de especial mención es la acción de los movimientos de liberación femenina y de liberación homosexual, los cuales destacan el papel de autorrealización personal a través de la sexualidad y de los derechos humanos sexuales.

6. El alargamiento de la adolescencia y el aumento de la longevidad, junto con otros fenómenos socioeconómicos, han dejado a disposición de los hombres casi la mitad de la vida para gozar de la sexualidad no procreativa.

7. La rebelión de los jóvenes de la segunda mitad de la década de los 60 y de la primera parte de los 70, cuestionó la rigidez y la hipocresía de las generaciones anteriores con una fuerza social que nunca antes tuvo la rebelión de los jóvenes, debido, en parte, a su predominio numérico sobre la gente de edad media y avanzada."

Persisten sin embargo, en general, así se manifiesten actualmente de una manera menos clara, las actitudes y normas tradicionales hacia el ser sexual masculino y femenino expresado en los fenómenos psico-sociales conocidos como "machismo" y "victimismo" (hembrismo" o "marianismo") y aparecen cada vez con más influencia la comercialización y explotación de lo sexual por intermedio de los medios de comunicación masivos. La publicidad comercial entendiendo muy bien la importancia de lo sexual lo utiliza como recurso para vender toda clase de bienes de consumo amén de las revistas dedicadas a la mujer que ofrecen en nombre de una pretendida liberación femenina toda clase de "fórmulas mágicas" aunque costosas para el logro de una sexualidad "gratificante, vivificante y bella".

Aunque de vieja existencia la asociación sexualidad-violencia aparece cada vez más marcada y es el tema central de la nueva pornografía "dura".

De esta manera la posibilidad de vivir la sexualidad de una manera positiva está limitada por una red entretejida de equívocos, ambigüedad, contradicciones y desigualdades.

1. Creencias, mitos y tabulogías

Las creencias, es decir, la aceptación de los hechos como seguros y ciertos, aún en ausencia de comprobación, traen como consecuencia los mitos (ficciones) y "tabulogías" (serie de prohibiciones). En nuestra cultura pueden mencionarse algunos de los más frecuentemente encontrados que hallan su expresión en el lenguaje popular y en la vivencia total de la sexualidad:

a. Creencias erradas.

- La mujer determina el sexo biológico de los hijos "da niños o niñas".
- La gravidez (embarazo) es una enfermedad" está enferma de niño", "se alivió o se mejoró al dar a luz".
- La menstruación es una enfermedad: "tener el mal, la indisposición".
- La menstruación elimina tóxicos "purga las impurezas".
- Los cítricos deben evitarse durante la menstruación "cortan la sangre".
- El himen cierra totalmente la entrada a la vagina.
- La ruptura del himen debe ser necesariamente sangrienta y dolorosa.
- El parto es la experiencia físicamente más dolorosa en la vida de la mujer.
- El coito durante el embarazo es siempre dañino y una falta de respeto a la maternidad.
- Las mujeres honestas tienen escasa apetencia sexual.
- Las mujeres deshonestas tienen apetencia sexual.
- Una mujer comúnmente orgásmica tiene predisposición a la infidelidad.
- Para la mujer la única finalidad del coito es la reproducción.
- El tamaño del pene está en relación directa con la potencialidad erótica del individuo.
- La eyaculación rápida es signo de virilidad.
- La abstinencia sexual del hombre puede causar locura.
- El hombre "normal" está siempre y bajo cualquier circunstancia en capacidad de realizar un coito.
- El coito durante la menstruación causa enfermedades genitales al hombre.
- El hombre "hombre" visita con frecuencia los burdeles.
- Una vida sexual-coital activa en la juventud acarrea impotencia en la madurez.
- La masturbación produce esterilidad, impotencia, homosexualidad y disminuye la inteligencia.
- El hombre siempre puede determinar con exactitud la presencia o ausencia del hímen intacto.
- El hombre es el maestro natural de la mujer en técnicas sexuales.
- El hombre es el único factor en el logro del orgasmo de la mujer.
- El manifestar atracción sexual hacia la novia significa falta de verdedero amor.
- El hímen intacto es garantía de honestidad, integridad y excelencia conyugal.
- El coito es la única forma "normal" de satisfacción sexual.
- Los homosexuales no pertenecen al sexo biológico masculino.
- Los homosexuales son enfermos mentales.
- Los homosexuales son estériles.
- Las lesbianas son estériles.
- Después de los 60 años el hombre pierde su apetencia y potencia sexuales.
- La menopausia y/o la histerectomía son el final de la vida sexual de la mujer.
- La ternura, la devoción, la capacidad de sufrimiento, la resignación, la fidelidad, son características innatas exclusivamente femeninas.
- La rudeza, el valor, la agresividad, la infidelidad, son características innatas y exclusivamente masculinas.
- El hombre es más inteligente que la mujer.
- Una mujer inteligente es "varonil".
- Los hombres que ejecutan tareas en el hogar son poco hombres.
- Los deseos sexuales masculinos no pueden ser controlados.
- Los niños "normales" no tienen expresiones sexuales.
- La apetencia sexual en los ancianos es signo de fallas morales o psíquicas.

b. Mitos y Tabulogías.

Las anteriores creencias entre otras dan lugar a cuatro grandes mitos:

- La superioridad masculina
- La inferioridad femenina
- La a-sexualidad infantil
- La a-sexualidad de la vejez
- El determinismo biológico de la conducta sexual.

En cuanto a las "tabulogías":

- La virginidad.

– Pérdida de la delimitación estricta de roles . (La prohibición y el temor consiguiente a manifestar alguna de las características tradicionalmente asignadas al otro sexo o a ejecutar labores propias del otro sexo).
– Relaciones sexuales de la mujer fuera de la institución monogámica.

Todas estas creencias, mitos y tabulogías tienen antigüas raíces históricas. Cuando sólamente los casos de la supuesta superioridad masculina y el tabú de la virginidad, se observa como la primera tiene origen remoto en las figuras bíblicas de Adán y Eva; en el caso del tabú de la virginidad parece haber tenido origen, según algunas intepretaciones, en el momento en que el hombre adquiere maestría en el cultivo de la tierra y al establecerse los clanes y la propiedad privada. Se hizo necesario entonces el tener la certidumbre de la paternidad estableciéndose el tabú del adulterio y como consecuencia el de la virginidad. Para otros, la explicación se sustenta en las tradiciones bíblicas.

Se destacan a continuación dos fenómenos que tienen especial importancia en la propia vivencia de la sexualidad y en el aspecto de vivencia relacional hombre-mujer.

2. Machismo.

Este fenómeno psicosocial antiguo parece haber adquirido su nombre actual durante la revolución mexicana, momento en que el arrojo, la valentía, el desprecio por la vida, la dureza y la crueldad bélica ambientan también la situación del guerrero en su relación con la mujer. (Monsivais C.).

El machismo se caracteriza por ser la caricatura de la masculinidad o si se requiere por la exageración de algunos rasgos comúnmente aceptados y valorados como masculinos, unidos a una actitud posesiva y despreciativa hacia la mujer.

El mundo del "macho" es un mundo de hombres donde el "macho" tiene que probar a los otros hombres, o al menos fabular, sobre sus conquistas amorosas, su ausencia de inversión sentimental en éstas, su dureza, su arrojo y su desprecio a la vida. Debe demostrar también la absoluta propiedad y dominio sobre su compañera o esposa y sus hijos en todas las órdenes, pero especialmente en el orden de la conducta sexual de su compañera o esposa y de sus hijas, porque de no ser así su honra se verá disminuída.

Se considera un varón completo sin posibilidades de perfectibilidad, por lo tanto sin necesidad de aprender o cambiar nada que tenga relación con su vida sexual, de pareja o como padre.

La conformación de un "macho" se lleva a cabo en una sociedad que sustenta creencias y actitudes que favorecen el concepto de superioridad masculina dentro de una familia que las trasmite y por unos padres que las adoptan en sus patrones de crianza.

El hecho de pertenecer al sexo masculino lo sobrevalora ante los ojos de sus padres y demás parientes lo que percibirá desde su infancia por el trato diferencial y preferencial que recibe en la eventual presencia de hermanas o de niñas de su misma edad.

Aprende que la rudeza y el arrojo son valorados y que las expresiones de ternura, el miedo o el dolor no puden ser expresados verbalmente o con llanto a riesgo de ser castigado o llamado "mujercita" o "niña", palabra que aprenderá a tomar en sentido peyorativo.

La arquitectura de "macho" seguirá conformándose en la niñez y en la pubertad cuando se le exigen mayores esfuerzos para resaltar sus calidades masculinas. Deberá ser agresivo, más agresivo y más fuerte que los demás "para no quedar mal" con los compañeros de su mismo sexo y ser "macho como su papa".

Se le enseña a ser condescendiente con las niñas "porque son débiles". Tendrá libertad de movimiento fuera del espacio hogareño y en la búsqueda de amistades.

Su madre estará a su servicio pero le exige tareas especiales indicativas de que él será su protector y su guardián futuro; será él quien se hará fuerte para defenderla de los embates del mundo exterior, a su vez ella lo cuidará con abnegación y sacrificio, tolerará en el futuro con resignación su conducta cualquiera que ella sea. Sin embargo, ante el temor de "afeminar" a su hijo le retira sus caricias e

ignora y evita envolverse en sus problemas emocionales "dejándolo hacer".

De su padre habrá recibido desde la infancia un trato distante y frío con exigencias crecientes de desempeño varonil.

Las primeras expresiones sexuales, erecciones, juegos sexuales con niñas, etc., se reciben con maliciosa complacencia. En adelante se estimulan sus experiencias sexuales siempre que se compartan con mujeres consideradas inferiores en categoría social y que no se envuelva afectivamente.

Sus relaciones afectivas serán dirigidas hacia mujeres que como su madre, principalmente, o sus hermanas sean imagen de la santidad.

De la descripción anterior se pueden delinear los factores que contribuyen al fenómeno y que dan lugar a las características del "macho": los patrones de crianza que lo sobrevaloran pero le producen carencias afectivas y "angustia de desempeño" ante su papel de hombre por lo que debe exagerar para serlo y parecerlo. La "sacralización" de su madre que marca sus relaciones con la mujer y finalmente la aceptación tácita de la sociedad y en especial de la mujer de estas características.

3. Victimismo.

(Marianismo o Hembrismo)

Este fenómeno psicosocial se caracteriza por ser la caricatura de la feminidad o por la exageración de algunos rasgos comúnmente aceptados y valorados como femeninos (capacidad de sufrimiento y abnegación) unidos a una actitud de sumisión fatalista hacia el hombre. El mundo de la "víctima" es un mundo predominantemente masculino donde ella tiene un protagonismo mínimo y donde debe demostrar ante ellos su capacidad ilimitada de ternura, entrega, sufrimiento y abnegación. Deberá demostrar su sumisión y obediencia a su compañero y esposo y a sus hijos varones adultos en todas las órdenes, pero especialmente en el de su conducta sexual (y vigilar la de sus hijas) porque de no ser así la honra de su esposo y de sus hijos se verá disminuída.

Se considera un ser humano incopleto fatalmente no perfectible y sin posibilidades de aprender a cambiar nada que tenga relación con su vida sexual de pareja o como madre.

La arquitectura del victimismo se conforma de una sociedad que sustenta creencias y actitudes que conforman el concepto de la inferioridad femenina en una familia que las trasmite y por unos padres que las adoptan en sus patrones de crianza.

El hecho de pertenecer al sexo femenino la desvalora y la hace por tanto objeto de conmiseración lo que percibe tempranamente por el trato diferencial, en la presencia eventual de hermanos o ante la presencia de otros niños de su misma edad.

Aprende que sus expresiones de ternura y de sumisión serán aprobadas, que su miedo, su dolor y su llanto se aceptarán con conmiseración; se la llamará: "pobrecita". En la niñez y pubertad se le exige recalcar sus calidades femeninas siendo pasiva, sumisa y obediente. Se le enseñará a reaccionar solo con llanto ante la eventual agresividad masculina y se le explica que la naturaleza de las niñas "es así".

Sus padres la protegerán pero le exigirán tareas especiales de cuidado y servicio especialmente dirigido al padre a cambio de su protección para el futuro. Su libertad de movimiento fuera del espacio hogareño está restringida así como la búsqueda de amistades especialmente del otro sexo por los "daños" que éstos puedan causarle.

Las primeras expresiones sexuales propias o en relación con el otro sexo se censuran con la advertencia de su imposibilidad de manejar adecuadamente la situación por el hecho de ser naturalmente vulnerable. Las expresiones biológicas de su feminidad como la menarquia son aceptadas con conmiseración. En adelante aprenderá que debe aceptar el dolor durante la menstruacción, que la ruptura del himen es dolorosa, la gravidez una enfermedad, el parto una experiencia dolorosa, pero en su condición de mujer deben ser aceptadas con resignación.

Sus relaciones con el otro sexo y más aún en el caso de la amatorias, en pro de su "feminidad" y su dignidad deberán tener un

tono pasivo, de abnegación y sumisión, y en las que su única participación activa será la de adornarse para ser atractiva.

Su formación de pareja tiene la característica igualmente pasiva de basarse en haber sido "escogida" por un macho" como lógico complemento a quien amará sin esperar recompensa y de quien debe recibir enseñanza para su vida sexual futura.

Las características de la "víctima" están así delineadas por los patrones de crianza que la hipovaloran pero la sobreprotegen dándole sus características de dependencia, pasividad y sufrimiento especialmente en el campo de lo sexual.

"La internalización de la represión (según Castilla del Pino) es vivida de tal suerte que la liberación de instancias reprimidas depara miedo y angustia irracionales. Para una economía del organismo, preferible es continuar con el precario equilibrio que la represión depara. Pero la represión no concluye en él. El sujeto reprimido tiende reprimir. . .".

De esta manera muy comúnmente la "víctima" perpetúa la represión femenina y/o se torna pasivo-agresiva contra el macho quien será objeto de sutiles venganzas o venganzas más significativas como en algunos casos de anorgasmia: un hecho pasivo-agresivo ante el "macho" prepotente.

"Machismo y "victimismo" tienen diversas expresiones en nuestra cultura (Gutiérrez de Pineda) que van desde las expresiones más rudas y que comprenden castigos físicos hasta el "machismo" y "victimismo" "cultos" y disfrazados.

En general, y con excepción de algunos grupos influenciados por líneas de pensamiento más realistas sobre la psicología y especialmente la femenina, el machismo y el victimismo siguen considerándose no como una alienación y como una enfermedad social, sino como algo natural y normal nacido de las diferencias biológicas, aún ante la presencia de diversas patologías de pareja, de disfunciones sexuales y sociales. Se sigue admitiendo como sintónico lo que debería vivirse como distónico.

PAPELES SEXUALES (ROLES) – GUIONES SEXUALES, IDENTIDAD SEXUAL

Como se ha visto anteriormente, todas las sociedades establecen normas y patrones de conducta en lo referente a lo sexual, que pueden variar con el tiempo y ser totalmente diferentes para hombres y para mujeres (el caso de algunas sociedades latinoamericanas) o semejarse (el caso de algunas sociedades nórdicas).

Estas normas y patrones varían ocasionalmente con la edad y con la situación socioeconómica de la persona.

La palabra rol o papel proviene etimológicamente del latín rotulus que significa rollo ya que en Grecia y también en la Antigua Roma, las diferentes partes dramáticas estaban escritas en rollos y los apuntadores se la leían a los actores quienes trataban de memorizar sus papeles respectivos. Derivada la palabra a la psiquiatría y luego a las creencias sociales, no es todavía un concepto claro (Arteaga).

Aquí, en atención a su origen, se define **papel** o **rol** sexual como la representación ante otros de un conjunto de acciones que esos "otros" le han encomendado. (El actor que representa un personaje, no es el personaje pero puede actuarlo).

Para asegurar la representación adecuada se dan guías e indicaciones que constituyen un guión que el individuo debe seguir.

Un **guión** o guiones sexuales serían entonces el conjunto de indicaciones y prescripciones que se dan a un individuo para que represente adecuadamente su papel o rol.

Utilizando nuevamente el símil del teatro la sociedad sería el conjunto de espectadores que aplaudirán o reprobarán al individuo según siga o no los guiones y represente bien o mal el papel o rol asignado.

Los papeles y los guiones sexuales son por lo tanto construcciones sociales.

Identidad sexual sería el conocimiento, reconocimiento y aceptación que de sí misma hace la persona (hombre o mujer) tal y como es sexualmente y su actuación correspondiente pudiendo aceptar totalmente o no los guiones y roles asignados.

La identidad sexual es una construcción personal dinámica y progresiva basada en parte en la dotación biológica, que no se da en un vacío social. Su logro representa un proceso de aprendizaje, de auto-reconocimiento y de cuestionamiento.

L y P Sarrel hallan el término "identidad sexual" muy reducido y el de "identidad" demasiado amplio, utilizan en su lugar el de "descubrimiento sexual" (en el sentido de hacer claro, revelar). Mencionan los siguientes factores principales necesarios en el proceso de "descubrimiento" sexual al llegar a la edad adulta.

- Desarrollo del sentido corporal hacia una imagen corporal que sea específica del propio género y razonablemente libre de distorsión (en particular acerca de los órganos genitales).
- La aptitud de superar o modular los sentimientos de culpa y de vergüenza y las inhibiciones infantiles asociadas con pensamientos y conductas sexuales.
- La posibilidad de desatar gradualmente los vínculos libidinales con los padres.
- El reconocimiento de lo que es eróticamente placentero y displacentero.
- La ausencia de conflicto y confusión sobre la orientación sexual.
- Un progresivo enriquecimiento y satisfacción con la vida sexual, libre de disfunciones y compulsiones (para algunos, ésto incluirá el auto-erotismo).
- La conciencia de ser una persona sexual y la del valor de lo sexual en la propia vida (incluyendo opciones tales como el celibato).
- La aptitud para ser responsable con sí mismo, el compañero(a) y la sociedad (por ejemplo el uso de la anticoncepción. El no explotar a otro ni a otros sexualmente).
- La aptitud progresiva de experimentar lo erótico como parte de la relación íntima con otra persona (concebir sexualidad y amor como un todo).

Desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano hace un proceso de aprendizaje de guiones y papeles, y de construcción de su propia identidad. El reconocerlo permite la esperanza de lograr cambios, cuando éstos sean necesarios, para vivir la sexualidad plenamente.

SEXUALIDAD EN LAS DISTINTAS ETAPAS VITALES

Las expresiones de la sexualidad, en las diferentes etapas vitales tienen estrecha relación con el desarrollo biológico y psicológico del individuo. Sin embargo, este tema no será tratado específicamente aquí. Sólamente se describirán las expresiones sexuales más comunes reconociendo que éstas pueden variar de individuo a individuo y de acuerdo al ambiente familiar y social.

1. Niñez.

Principalmente a partir de Freud comenzó a aceptarse el concepto de la existencia de la sexualidad infantil como un hecho normal traducido en la frase "el niño es un ser sexual desde su nacimiento".

Las erecciones en los niños recién nacidos son un fenómeno que se observa comúnmente pero que no tiene la connotación de respuesta a un estímulo erótico sino que son consideradas como reflejas.

Con el desarrollo de la capacidad motora y sensorial se inicia el descubrimiento de las partes del cuerpo y de sus genitales y el placer que obtiene al tocarlos y explorarlos.

Kinsey y Kestemberg describieron casos de masturbación en niños de 5 meses a 10 meses de edad caracterizadas en los niños por estimulación, por frotamiento y aún manual, y en las niñas por contracciones de los muslos y movimientos pélvicos circulares.

Al tener posibilidad de una mayor movilización la necesidad de tocar y escudriñar todos los objetos que lo rodean, puede ser satisfecha por el niño. Así como escudriña los objetos lo hace con su cuerpo y especialmente con sus órganos genitales con todo el interés, seriedad y rigor posibles. Si bien el niño deriva sensaciones agradables al tacto de los órganos genitales esta sensación está desprovista de erotismo, el niño nó lo ha aprendido todavía.

Cuando el niño ha conocido sus órganos genitales y sabe a que sexo pertenecen mira o explora otros niños para satisfacer su curiosidad natural y como una ayuda para

asegurar su semejanza con uno u otro sexo y procurá así mismo mirar o explorar a sus padres o los mayores significativos.

Más adelante cuando la curiosidad natural puede ser expresada claramente en forma verbal preguntará el "por qué" y el "qué es" acerca de él mismo y de todo el mundo de objetos y personas que lo rodean. Preguntará igualmente sobre sus propios órganos genitales y los de los demás, sobre su origen, su concepción, su nacimiento, etc.

Los juegos sexuales que pueden iniciarse desde edad muy temprana comprenden juegos de roles "jugar a la cocinita", "jugar a la oficina ", "al papá y a la mamá", o juegos sexuales de exploración, "al médico y a la enfermera" o imitación de relaciones sexuales.

Vistos con ojos de adultos y mente de adultos los padres difícilmente comprenden que estando los niños en la edad del juego están precisamente jugando y que éstos no son más que avanzadas hacia la asunción de su sexualidad.

De los 3 a los 6 años muchos niños hacen avanzadas hacia el amor y formación de pareja estableciendo "noviazgos" serios que incluyen fidelidad, promesa de matrimonio, planeación sobre el número de hijos que se tendrán, etc.

Al llegar a los 6 ó 7 años el niño entra a un período de pudor e inhibición respecto al desnudo o a alusiones sexuales de otros y los juegos sexuales se hacen muy esporádicos y secretos (Money F.).

2. Pubertad y adolescencia temprana.

La pubertad caracterizada por rápidos cambios biológicos lo es también por cambios acelerados en la vivencia de la sexualidad.

En el proceso de completar su aprendizaje y comprensión del significado de ser hombre o mujer se busca preferencialmente la compañía de personas del mismo sexo con quienes la identificación se facilita y con quienes se establece una fuerte solidaridad y ligazón afectiva, lo que puede dar lugar a ocasionales experiencias homosexuales.

La compañía con el otro sexo se evita en cierta manera y se establece entre los dos sexos una cierta rivalidad y antagonismo. Como parte del proceso de adquirir su identidad la imagen corporal reviste especial importancia centrándose la preocupación en los aspectos estéticos y en especial, para los hombres, en la apariencia y tamaño de los órganos genitales por la creencia común que hace relación directa entre el tamaño del pene y el grado de virilidad y posibilidades eróticas.

La menarquia es un suceso importante en la percepción y aceptación del ser sexual femenino. Sin embargo, la habitual falta de información previa y la actitud negativa de los padres hacen que la noción sexualidad-enfermedad-dolor, se haga paso.

Las primeras eyaculaciones durante el sueño revisten igualmente importancia en el varón y aunque menos objeto de comentarios parentales, la ausencia de información y la ocasional actitud sospechosa o punitiva trae inquietudes, sentimientos de culpa o de verguenza. Así mismo las erecciones producidas por causas físicas y fisiológicas sin intervención de la emoción o producidas por emociones no sexuales (ejemplo: competencias deportivas) ante la ausencia de explicaciones traen dudas sobre la propia normalidad sexual.

La sexualidad que tenía en la niñez caracteres borrosos se delinea más claramente en esta época, hacen su aparición las fantasías y el erotismo. Los fuertes deseos sexuales ante la imposibilidad social de encontrar satisfacción en encuentros con el otro sexo se resuelven con frecuencia por medio de la masturbación.

La masturbación es en esta época una forma común de desahogo sexual siendo su incidencia aparentemente mayor entre los hombres que en las mujeres y ocasionalmente, como una forma de "ritual de iniciación" masculina, puede practicarse en grupos.

La práctica de masturbación, desde los tiempos bíblicos hasta nuestros días, ha sido objeto de sanciones desde el punto de vista religioso calificándola la ortodoxia católica

como "un acto intríseco y gravemente desordenado". Las creencias originadas en la antigüedad con las teorías chinas e hindúes tántricas que hacían del semen un elemento nutritivo para el cerebro con un reservorio específico: "en la cabeza, de capacidad hasta de siete onzas", debieron influir en occidente donde Aristóteles había calificado el semen como un fluído poseedor de una especie de "sustancia del alma"; las teorías seminales sobre la reproducción y el pensamiento religioso influenciaron de alguna manera el pensamiento de algunos médicos (ejemplo: Tissot y Acton) quienes en obras ampliamente difundidas describieron las consecuencias deletéreas, psicológicas y físicas de la masturbación (incapacidad de aprendizaje, nerviosismo, debilidad general, futura impotencia, etc.). Convertidas en creencias y adornadas con la imaginación popular, las consecuencias desfavorables de la masturbación están todavía firmemente arraigadas aún en nuestras clases educadas.

Así una práctica que hace parte del desarrolo sexual de muchos individuos se convierte en fuente de angustia, temores y rechazo de la propia sexualidad. Paradójicamente el no practicar la masturbación es fuente de angustia y temores ya que el púber ha sido "instruído" por sus padres sobre los peligros que el no practicarla trae para su salud psíquica.

Al establecerse firmemente el fenómeno psicosocial de la adolescencia sus propias exigencias y las exigencias sociales adquirirán un tono gradual de imitación de la sexualidad adulta.

3. Adolescencia y primera juventud.

La "homosocialidad" permitida culturalmente en la adolescencia temprana comienza a ser censurada en la adolescencia tardía y debe tornarse en "heterosocialidad", por lo demás sus impulsos y la necesidad de amar característica del adolescente lo hacen buscar la compañía del otro sexo hasta ahora poco menos que desconocido y en el momento en que ambos están buscando su propia identidad lo que hace difícil la comunicación. Enzarsado en la búsqueda constante que logre responder el "quién soy yo" y el "cómo son ante los otros" y el "qué debo hacer", el adolescente maneja sus impulsos sexuales por el método de prueba y error.

El manejo y la satisfacción de los deseos sexuales se hacen problemáticos porque de un lado se le exige al joven que ha pasado la primera adolescencia un desempeño sexual inmediato como adulto, sin permitirle el necesario aprendizaje gradual y de otro se le considera todavía como inmaduro.

Las alternativas que nuestra sociedad presenta al adolescente o joven varón, y por las que él opta en su totalidad o parcial y temporalmente, son la casa de prostitución, las relaciones (para las clases altas y medias) con mujeres de situación social inferior, la relación ocasional con mujeres "fáciles", la masturbación y la castidad. Las experiencias con prostitutas refuerzan la noción madona-prostituta y retardan la conjunción sexualidad genital-amor (genitalidad).

Las experiencias con mujeres no prostitutas de clase socio-económica inferior a la suya, si bien pueden ser un poco más personalizadas mantienen la dicotomía sexo-amor y son a todas luces una injusticia social.

El mundo de las mujeres "fáciles" no está al alcance de todos los jóvenes, es también despersonalizado y con elementos afectivos escasos.

La castidad es una solución ocasionalmente posible aunque difícil no sólo por los propios impulsos sino por las presiones sociales nacidas de creencias erradas. La masturbación sigue siendo en esta época una opción.

El caso de la adolescente es aún más problemático porque las alternativas son poco menos que inexistentes. En este caso no hay al menos ambivalencia ya que el dictado social es el de negación de sus impulsos hasta la formación de pareja, así la frustración se instale y el aprendizaje de lo que ser un ser sexual significa se obstaculice.

Sin embargo, la noción de que la única manera normal de obtener placer sexual es el coito parece haber sido desechada desde hace largo tiempo por los y las jóvenes que

hacen un aprendizaje gradual y compartido afectivamente pudiendo llegar o no al orgasmo y a la relación sexual coital.

4. Juventud y madurez.

La búsqueda y la relación de una relación afectiva de pareja tiende a la realización de una sexualidad mutua siendo el coito (del latín coition: "ir juntos") la forma principal de satisfacción sexual y donde la sexualidad de placer mutuo y de comunicación toman importancia, seguidos o acompañados por la sexualidad de reproducción. Esta última desde el advenimiento de la anticoncepción puede ser aplazada o diferida a voluntad más no así el deseo de intimidad y de una sexualidad compartida superados ya (al menos cronológica y socialmente) los momentos de ensayo y error, la identidad difusa y las fuertes influencias parentales.

Nuestra cultura da carta blanca a las expresiones sexuales en esta edad, siempre que estén dadas dentro de la institución matrimonial u otra forma de unión admitiendo difícilmente otras opciones de vida y continuando los dictados de la "cuádruple" moral: una para el hombre, otra para la mujer, una para las clases favorecidas, otra para las no favorecidas. Se presupone así mismo que al llegar a la mayoría de edad", cronológica y social, el adulto ha llegado así mismo a la "mayoría sexual" y que su aprendizaje ha concluído.

Pero el hecho real es que el hombre en general ha aprendido con otras mujeres que en cierta manera no han tenido "rostro", es decir, han sido casi seres anónimos con quienes no ha personificado sus anhelos y sus caricias. La mujer sin ninguna experiencia o aún con ella, debe pasar por el mismo proceso. El estado de obnubilación amorosa inicial dará paso, si la vivencia de la sexualidad ha sido aceptablemente sana, al conocimiento de las propias geografías eróticas, a lo que es placentero o displacentero y a la comunicación amorosa-afectiva.

Sin embargo, los patrones de "machismo" y "victimismo" al no superarse o al hacerlo sólo a nivel verbal impiden el crecimiento personal y la adquisición de una real identidad sexual traducida con frecuencia en trastornos de la relación diádica y en disfunciones sexuales así no sea para estas últimas la única etiología.

Los impulsos de la maternidad al ser satisfechos y actuados traen nuevas realidades y despiertan nuevos sentimientos y viejas emociones que pueden establecer problemas de relación (ejemplo: la mujer tornada en madre no erótica, el esposo que adquiere actitudes infantiles de abandono) que pueden repercutir en la vida sexual de la pareja.

En la juventud y en la madurez la creencia errada de que toda relación sexual debe llevar al orgasmo y que el desempeño sexual debe tener una intensidad y un ritmo variable, cualquiera que sean las circunstancias propias o externas hacen que ante la ocurrencia ocasional de anorgasmia o impotencia sexual se deteriore la autoimagen como ser sexual y se instale la desesperanza. De esta manera la posibilidad de lograr o de continuar una vida sexual satisfactoria se ve disminuída.

5. Tercera edad.

Después del climaterio masculino y femenino los cambios fisiológicos se aparejan con cambios físicos en los órganos genitales, figura corporal y piel. Si bien hay una relativa disminución en la urgencia del deseo sexual y en la frecuencia de las relaciones sexuales, ésto no significa que el deseo y la capacidad de tener relaciones sexuales gratificantes desaparezca.

Es claro que en esta edad la vivencia anterior de la sexualidad influye en la actual. Si esta se ha vivido sólo como un impulso biológico, como una carga o como culpa, si el cúmulo de experiencias negativas lo han empobrecido, la persona rechazará su sexualidad y experimentará un cierto alivio. Frases como "Finalmente me liberé de la tiranía del testículo", o "Afortunadamente ya no tengo que hacer esas cosas", revelan el deseo de auto-supresión de la sexualidad que de todas maneras no puede ser destruída. Si la sexualidad se ha vivido como algo placentero,

creativo y digno de ser compartido, los eventuales problemas resueltos satisfactoriamente y las satisfacciones sexuales han representado algo más que el coito, la sexualidad seguirá su curso de una manera positiva. Si el coito ha sido una expresión de juego, sensualidad, ternura y amor no sólo la manifestación de pulsiones hormonales o reproductivas, la disminución, con la edad, de la frecuencia y cantidad de encuentros sexuales no significará más que una oportunidad de refinamiento y nuevas formas de unión de dos seres sexuales.

Muchas personas alcanzan la tercera edad con una pareja estable y es entonces cuando pueden redescubrirse el uno al otro sin las obligaciones y compromisos que podrían haber interferido en su relación. Tendrán la posibilidad, una vez aprendidas la maternidad y la paternidad, de vivir la "abuelidad" así ésta represente un nuevo aprendizaje y un nuevo mirarse a sí mismos. En esta época muchas parejas redescubren cualidades en su relación total que habían sido olvidadas o no reconocidas hasta entonces.

Es cierto también que la dedicación en etapas anteriores a los hijos o las preocupaciones económicas y laborales pueden enmascarar una mala relación y es justamente la llegada de los momentos de reflexión lo que produciría efectos inesperados porque los miembros de la pareja se verán enfrentados a un desconocido o a un, ahora enemigo, con quien han compartido varios lustros de vida.

En muchos hombres pueden observarse una serie de cambios emocionales que los llevan a actuar como "Donjuanes", tal vez para reforzar su autoimagen que comienza a deteriorarse o para afirmar su "potencia viril". En las mujeres pueden presentarse con la emancipación económica y la independencia emocional de los hijos, sentimientos de abandono, inutilidad, pérdida de sentido del existir y reacciones psicosomáticas estableciéndose el síndrome del "Nido Vacío".

Nuestra cultura, posiblemente por considerar el ejercicio de la sexualidad apropiado sólamente para los años en los que la reproducción es posible y su calificación como positiva o negativa por el número de coitos logrados, hace de las personas en la tercera edad seres asexuados. Según el estereotipo de la tercera edad asexuada las manifestaciones francas de la sexualidad total son objeto de burla, cuando no de punición y fácilmente calificadas de patológicas especialmente para las personas que por una u otra razón (soltería voluntaria, viudez, separación) llegan a la Tercera Edad sin pareja.

En esta etapa cuando la posibilidad de la muerte se torna en una realidad y el desconocer, maltratar o negar algo tan vital y esencial en la vida de los seres humanos como es la sexualidad y su ejercicio significa propiciar una muerte parcial.

SALUD SEXUAL

En el año de 1975 la Organización Mundial de la Salud como resultado de una reunión de expertos (Informe Técnico No. 572) definió en primera instancia salud sexual de la manera siguiente:

"**Definición de salud sexual**: Un conjunto creciente de conocimientos indica que los problemas de la sexualidad humana son más hondos e importantes para el bienestar y la salud de los individuos de muchas culturas que lo que se había admitido anteriormente, y que la ignorancia de las cuestiones sexuales y las nociones erróneas sobre las mismas guardan estrecha relación con diversos problemas de salud y con la calidad de la vida. Sin desconocer la dificultad de llegar a una definición universalmente aceptada de la totalidad de la sexualidad humana, se presenta como un paso en esta dirección la siguiente definición de salud sexual:

"Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor".

Presentan decisiva importancia desde este punto de vista **el derecho a la información** sexual y el derecho al placer (subrayado propio). Según Mace, Banerman y Burton el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos:

1) La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
2) La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundidas y de otros factores psicológicos que inhiban la relación sexual o perturben las relaciones sexuales.
3) La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedad y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Tal noción de salud sexual supone la adopción de un criterio positivo respecto a la sexualidad humna; la **finalidad de la asistencia prestada en ese sector debe ser el disfrute intensificado de la vida y no meramente el asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación o las enfermedades de trasmisión sexual**" (subrayado propio).

Sin desdeñar la definición anterior parece importante recalcar que el hecho de lograr identidad sexual significa igualmente el logro de salud sexual.

El logro de la salud sexual en su relación con identidad sexual si bien tiene un fundamento básico: conocerse y reconocerse a sí mismo, aceptarse como lo que realmente se es en la época en que se es y actuar en concordancia, tiene variaciones respecto al ciclo vital del individuo.

El logro de la identidad sexual no es cosa fácil en nuestra cultura como se desprende de las observaciones anteriores respecto a nuestras construcciones sociales en referencia a la sexualidad y es especialmente difícil en los dos extremos del ciclo vital: la niñez y la senectud o tercera edad.

En una y otra etapa vital, el silencio y la negación o el castigo y especialmente la conducta de la época juvenil adulta o madura tomadas como patrón disminuyen la posibilidad del ejercicio de una sexualidad sana.

En efecto el niño no puede conocerse o reconocerse como lo que realmente es porque precisamente por serlo **no puede** recibir información sobre su cuerpo ni actuar su cuerpo en relación a su propia sexualidad por ser pequeño e "inocente", ya que sus manifestaciones sexuales a los ojos adultos son inmaduros o prematuros (cuando no patológicos) calcos de la sexualidad adulta.

Desde el climaterio femenino y masculino la posibilidad de conocimiento re-conocimiento y actuación sexuales se hace igualmente difícil. Al llegar esta época se dan por terminadas las posibilidades de aprendizaje y de cambio como si el desarrollo psico-socio-sexual llegará a su fin en la edad adulta y las manifestaciones sexuales fueran una "fotocopia" de mala calidad de la sexualidad adulta.

El logro de una vivencia sana de la sexualidad en esta época (descontando la enfermedad física incapacitante) significaría:

- La posibilidad de remodelar o complementar la identidad sexual en esa nueva circunstancia aprendiendo la "suegridad" y la "abuelidad" (así como la maternidad y la paternidad son hechos que enfrentan a la persona a una nueva situación que trae cuestionamientos, dudas y una nueva manera de mirarse a sí mismo, hacia el pasado y el futuro, el hecho de convertirse en suegro(a) abuelo(a) trae a sí mismo una nueva imagen que como en el caso anterior necesita ser elaborada y aprendida).
- La posibilidad de aprender la vida de la viudez o la separación a las nuevas dimensiones de la vida en pareja o en soltería.
- La posibilidad de aprender a aceptar la nueva imagen corporal traída por sucesos biológicos.
- La posibilidad de aprender y aceptar el nuevo ritmo, calidad y oportunidad de las relaciones sexuales coitales.
- La posibilidad de aprender o re-aprender nuevas formas de obtener placer sensual-sexual.
- La posibilidad de aprender a utilizar el tiempo libre y la nueva situación laboral fuera o dentro del hogar.
- Finalmente la posibilidad de reconocer la "sabiduría sexual" adquirida con el correr de los años.

EDUCACION SEXUAL COMO MEDICINA PREVENTIVA

La educación sexual bien entendida va más allá de la información sobre los aspectos

biológicos de la sexualidad. Además de comprender información sobre aspectos de fisiología de la reproducción, cuidados de la gravidez, parto y puerperio, lactancia, anticoncepción y prevención de enfermedades sexualmente transmitidas, comprende nociones sobre sexualidad humana, desarrollo psico-sexual, relaciones interpersonales, pareja, sexualidad y sociedad, etc.

Como es obvio la intensidad y manera de entrega de los contenidos deberán adaptarse a la edad y capacidad de comprensión de los grupos a quienes se dirija la enseñanza.

Siendo la educación sexual algo que tiene más que ver con las actitudes que con el discurso formal se puede afirmar que aún en ausencia de instrucción formal todos recibimos desde el nacimiento algún tipo de educación sexual, sea este positivo o negativo.

Las actitudes de los padres hacia el sexo biológico del recién nacido, el hecho de que haya o no amamantamiento, la manera de lograr los hábitos de toilette del niño, la manera como los padres expresen su mutuo amor o desamor, el trato preferencial por uno u otro sexo, comienzan a formar desde muy temprano las nociones que sobre su sexualidad y la de los demás tendrá el niño.

Posteriormente contribuirán las actitudes y conductas sobre los juegos sexuales infantiles, la menstruación, eyaculaciones durante el sueño, masturbación, etc. Además toda la información "subterránea" recibida de los grupos de pares, revistas, cine, T.V. etc. contribuyen a completar, hasta llegar a la edad adulta, la "educación sexual involuntaria" que cada individuo recibe.

La educación sexual voluntaria y sistematizada, no por ser educación es siempre positiva. Se puede hablar extensamente sobre sexualidad para limitar, amenazar, re-afirmar creencias erradas, mitos y tabúes y coartar la posibilidad de autodeterminación del individuo.

La "nueva educación sexual" (en contraposición a la educación anti-sexual tradicional) es una educación crítica que trata de liberar al ser humano de los prejuicios, tabús y miedo a la sexualidad. Es una educación orientada hacia la sana aceptación, por parte de hombres y mujeres de su cuerpo y de sí mismos como seres sexuales, como base de un proceso en el que progresivamente se vayan asumiendo como seres autónomos y responsables ante ellos y su micro y macro sociedad.

Así concebida la educación sexual tendría efectos sobre la salud sexual y mental de los individuos adoptando la definición de salud mental expresada así por Karl Menninger. "Definimos salud mental como la adaptación de los seres humanos a sí mismos y a los otros con un máximo de efectividad y de felicidad. No se trata simplemente de eficiencia o de satisfacción, o de la posibilidad de obedecer las reglas de juego de una manera alegre. Se trata de todo ésto junto, comportamiento social considerado y una disposición alegre".

El médico como educador sexual.

A pesar de que lo sexual concierne a todos los campos de la medicina y de que el médico sea visto como la persona más autorizada para facilitar orientación y/o terapia en lo referente a la sexualidad en la práctica clínica se evade en cierta forma el afrontamiento del problema y/o bien todo lo concerniente a lo sexual tiende a "patologizarse" o se hace un acercamiento incompleto hacia el tema.

Aunque desde hace décadas, nuestras facultades de medicina verbalizan el concepto de una medicina integral, el aspecto de salud sexual como parte de la salud total del individuo no se ha considerado suficientemente. La atención de la salud sexual está parcializada atendiéndose los aspectos biológicos por los diferentes especialistas y los aspectos psicológicos, cuando existe una clara patología, por los psiquiatras.

El tema de la sexualidad considerada como un todo dista todavía de alcanzar la importancia que se merecería y es así como es "tierra de todos" pero al mismo tiempo "tierra de nadie".

Contraviniendo los postulados básicos de la enseñanza, la instrucción que recibe el futuro médico se basa más en los aspectos patológicos (exceptuando los aspectos

biológicos) de las expresiones sexuales, que en los normales y/o en la prevención de posibles trastornos.

Así, la medicina preventiva en esta área es poco menos que inexistente. El médico sin quererlo y sin saberlo, o queriéndolo y sabiéndolo es un educador sexual. Como en el caso de los padres, aún en ausencia de palabras transmite enseñanzas y actitudes que son interpretadas y acogidas por sus pacientes como verdad generalmente incuestionable. Son muchas las instancias en el ejercicio de la medicina en las que el médico ejerce su labor de educador que van desde la toma de la historia clínica hasta la intervención médica o quirúrgica y el seguimiento.

Por ejemplo la universal omisión de una historia sexual mínima (con excepción de la psiquiatría) aún en las situaciones clínicas que tienen que ver directamente con la sexualidad como es el caso de los trastornos ginecológicos o urológicos, transmiten al paciente la noción de que sus posibles temores, sufrimientos o dudas son algo que no debe ser mencionado. Muchos pacientes, o en el caso de los padres de niños pacientes, formulan "la pregunta de los últimos 5 minutos" de la consulta. El "a propósito Dr. . . respecto a su dudas o problemas y la común respuesta dilatoria o negada contribuyen a reforzar la noción de la sexualidad como algo negativo.

La aceptación y no aclaración de la noción sexualidad-dolor, común en muchas pacientes refuerzan la visión de "victimismo". El omitir explicaciones sobre el efecto que algunos fármacos pueden tener sobre la capacidad de respuesta sexual representa no sólamente omisión de formación necesaria sino falta de atención integral de él o la paciente.

Una información sencilla y precisa transmitida con una actitud amable, evitará en muchas de las pacientes que deben ser sometidas a intervenciones quirúrgicas en órganos sexuales, los frecuentes estados depresivos o las crisis de angustia que se presentan especialmente en las mujeres post-histerectomizadas. Corregir la noción errada que centra en el útero la feminidad y la posibilidad de lograr placer en las relaciones sexuales tanto para la paciente como para su compañero, es una instancia educativa que no debería omitirse en el pre-operatorio y post-operatorio.

Así mismo una explicación sobre los procesos fisiológicos propios de la época de la peri-menopausia y de su influencia exacta aliviará en la mayoría de las mujeres las manifestaciones psico-somáticas desagradables comunes, emanadas no tanto de cambios fisiológicos sino de la ignorancia y nociones erradas sobre el significado de la menopausia.

El hombre aunque en general hace menos aparente su preocupación, temor o estados de ánimo alterados como consecuencia de intervenciones quirúrgicas en los órganos genitales, se ve afectado igualmente ante la ignorancia y la incertidumbre sobre su desempeño futuro en las relaciones sexuales. Aquí se hace necesaria una información veraz en el pre y post-operatorio sobre los efectos reales esperados.

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares y especialmente aquellos que han sufrido infartos desarrollan frecuentemente temores infundados magnificando los peligros que para su salud pudieran tener las relaciones sexuales. El no informar objetivamente o guardar silencio al respecto tienen el efecto de añadir a la preocupación propia por su condición, la de haber perdido una parte importante de su ser vital.

Las instancias clínicas en las que siquiera un mínimo de información sexual es necesaria son innumerables, sin embargo, no se hacen aparentes en todos los casos debido en parte a la inhibición de los pacientes para formular preguntas y a la del médico para responderlas o para permitir con su actitud un espacio para el diálogo. Por lo demás, con la popularización del tema y la proliferación de escritos de toda índole, la comunidad (colegios, grupos varios, etc.), muy juiciosamente, requiere cada vez más una información seria y objetiva sobre el tema solicitándola a los profesionales de la salud. Si bien los niveles académicos en los que un profesional de la salud puede desempeñarse como educador sexual varían, siendo necesaria en ocasiones una especialización en el tema,

todo médico puede proporcionar educación sexual llenando dos requisitos básicos: poseer información adecuada y estar en buenos términos con su propia sexualidad lo que se reflejará en una actitud abierta y positiva hacia la sexualidad de los demás.

El recordar que el médico no es un juez moral sino que su fin principal es propiciar, mantener y devolver la salud de quienes lo consultan influye en la prestación del servicio de educación sexual como atención primaria de salud. De otro lado muchos pacientes experimentan una gran vergüenza y ansiedad ante sus deseos de informarse, ante sus dudas o ante sus problemas por mínimos que ellos sean. El "permiso" que el médico, con su actitud, les de para expresarlos unido al "permiso" de tenerlos, ya de hecho constituye una terapia mínima. Esta terapia se complementa con una información adecuada sobre los asuntos que conciernen a su problema y que en muchas ocasiones absuelve dudas, corrige nociones erradas y da lugar a solicitar indicaciones. El médico general o el especialista puede hasta donde su competencia lo permita darlas. Se solucionan así casos en los que la ignorancia, las nociones erradas y la falta de orientación son la base del problema.

Se facilita así durante el proceso o una resolución del programa, o el detectar etiologías de patología psíquica, relacional, etc., que requieren una referencia a personal médico especializado.

BIBLIOGRAFIA

Arteaga C. "Roles". Trabajo presentado a la Sociedad de Psiquiatría. Bogotá, 1984.

Castilla del Pino C. "Cuatro Ensayos sobre la Mujer". Alianza Editorial, Madrid, 1981

Domingo X. "Herótica Hispánica". Ruedo Ibérico, París, 1972.

Gantier M. "La Educación de la Sexualidad Humana". Vol. 1 CONAPO, México D.F., 1982.

Gayou. J. Mazin R. "Elementos de Sexología". Nueva Editorial Interamericana, México D.F. 1981.

Martín Cardinal C. "Sexo, Sexualidad Humana y Educación Sexual". Monografía No. 4. Corporación Centro Regional de Población, 1975.

Martín Cardinal C. "Sexualidad Femenina". Mimeógrafo, 1983.

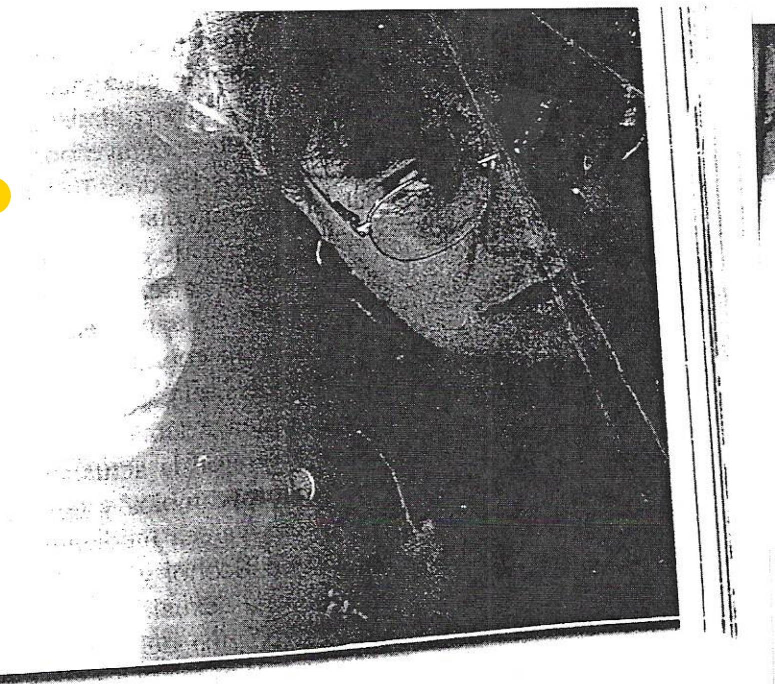
Martín Cardinal C. "Sexualidad en la Posmenopausia". Mimeógrafo, 1984.

Monsivais C. "Machismo". Revista Feme, Vol. 18, Nueva Cultura Feminista. México, 1980.

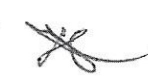
Sarrel L. y Sarrel P. "Sexual Unfolding". Litte, Brown and Company, Boston. 1970.

Capítulo Ocho

Estrés y salud



Mario Pereyra
Universidad Adventista de la Plata, Argentina



Definición de estrés

El problema del estrés

El estrés es un tema de moda. Miles de artículos y comentarios, publicados en diarios y revistas de actualidad como trabajos eruditos, textos y libros científicos e informes de investigación exhiben su amplia presencia en todos los medios de nuestra cultura. La popularidad del tema no es sólo una cuestión de difusión, sino, principalmente, una experiencia dolorosa. Los reportes epidemiológicos y de salud informan, por ejemplo, que más de tres millones de españoles padecen estrés en el trabajo. En este universo, el colectivo más castigado es el conformado por las mujeres, debido, sobre todo, a su doble condición de trabajadoras y amas de casa. Las conclusiones del informe afirman que 28% de los trabajadores consideran su salud amenazada por el estrés, 16% cree que hacen tareas repetitivas y monótonas, y 25% opina que trabaja a ritmos elevados. Entre los factores que influyen en el estrés se encuentra la sobrecarga de trabajo, el hostigamiento moral y sexual, las rivalidades de poder, la precariedad del empleo y el trabajo nocturno. Según los sindicatos, estas situaciones ocasionan "graves" perjuicios para la salud, que van desde infartos hasta suicidios en tasas superiores a las esperadas. Así, entre 10 y 12% de los afectados por el estrés sufren úlceras, 65% padece alteraciones musculo-esqueléticas, y 22% sufre el "síndrome del quemado" (*burn out*). Después de la gripe, el estrés es la principal causa de bajas y ausentismo laboral en España, con 22%. Según sus datos, los colectivos que más sufren de estrés son los profesores de áreas urbanas, los policías, los periodistas, los sindicalistas, los controladores aéreos, las camareras, las secretarias, el personal de reclamaciones, los desempleados, los que trabajan en cadena y el personal sanitario de urgencias (Europa Press, 2001, p. 15).

Por supuesto, España no es la excepción, sino parte de una regla generalizada en casi todo el mundo globalizado de hoy. Para mencionar otro ejemplo, según un informe de la Universidad Sussex (2001), de Inglaterra, México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo en razón de que presenta los principales factores que provocan esa enfermedad, tales como pobreza y cambios constantes de situación. El reporte agrega que los cambios que se viven en los niveles político y social, y el elevado índice de pobreza que registra

Es normal experimentar ansiedad durante la exposición. El paciente debe tener claro que su objetivo es tolerar la ansiedad, no eliminarla. Además, es más fácil controlarla en sus primeras fases, por lo que es necesario aprender a reconocer los inicios de la tensión y lo que se piensa cuando uno comienza a preocuparse. Éstas son las primeras señales de aviso que indican la necesidad de aplicar las estrategias de afrontamiento. En el caso de que éstas no funcionasen porque la ansiedad hubiera alcanzado ya niveles excesivos, el paciente no debe desanimarse, sino intentarlo de nuevo cuando se sienta mejor. Si abandona una situación antes de que la ansiedad haya disminuido lo suficiente, lo que debe hacer es alejarse un poco, tranquilizarse y volver a la situación cuando se encuentre mejor.

El progreso no será lineal. Aunque se avanzará, es normal que haya altibajos y contratiempos. Esto es inevitable y no hay que preocuparse por ello. Lo importante es seguir practicando, con lo que el terreno perdido se recupera con rapidez.

el país provocan que sus habitantes vivan en constante tensión y depresión. Asimismo, a nivel mundial, uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés, mientras se estima que en las ciudades 50% de las personas tiene algún problema de salud mental de este tipo. El asunto es grave porque el estrés es un importante generador de patologías. En países como Estados Unidos, 70% de las consultas médicas son motivadas por problemas derivados del estrés y una cuarta parte de los medicamentos que se venden en ese país son antidepresivos u otro tipo de drogas que afectan al sistema nervioso central (Europa Press, 2001, p. 35).

Por otra parte, el estrés se vive y es manejado de forma diferente por las mujeres y los hombres, pero las primeras son quienes más lo padecen. Por lo general, cuando las mujeres se encuentran en situaciones estresantes, no comunican y se atribuyen la culpa de lo sucedido. En ellas, el estrés suele manifestarse por medio de depresión y trastornos en los hábitos de comer. Además, en muchos países son más propensas a vivir situaciones de tensión debido a que en la actualidad desempeñan varios roles —madres, esposas y trabajadoras—, que implican cambios y tensiones constantes. Por su parte, los hombres tienden a manifestar el estrés ya sea mediante pláticas entre amigos o, en situaciones extremas, con violencia y abuso de alcohol y drogas. Uno de los indicadores importante de estrés en el hombre es la impotencia sexual.

El problema del estrés está presente en todos los medios y ambientes. La bibliografía revela que uno de los ámbitos más afectado es el laboral. Se informa que 70% de los trabajadores admiten que sufren algún tipo de estrés excesivo (Humphrey, 1998). Otros estudios aseguran que el estrés laboral está incrementándose debido a los reajustes, la competencia y los constantes cambios de la nueva tecnología (Murphy *et al.*, 1995). La excesiva responsabilidad, los desafíos, la relación con el resto de los trabajadores, la falta de toma de decisiones, incluso la sensación de monotonía, los sentimientos de alienación o la escasa valoración por parte de los superiores y el horario pueden desencadenar el estrés profesional, padecimiento que provoca un gran absentismo, aunque muchas veces estas bajas se disfrazan con otros nombres. Sus consecuencias oscilan desde los estados depresivos, ansiedad, irritabilidad, descenso de la autoestima, insomnio, hasta asma, hipertensión, úlceras, etc. En Gran Bretaña, por citar un ejemplo, el estrés profesional supone un gasto de entre 5% y 10% del producto interno bruto. De acuerdo con especialistas, cada año ocurrirán 160 millones de nuevos casos de enfermedades relacionadas con el trabajo, entre ellas seis de las principales causas de muerte en adultos, manifestadas como padecimientos cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares, accidentes, cirrosis y suicidio (Sussex, 2001).

Es posible que uno de los conceptos más revolucionarios de la psicología y la medicina del siglo xx haya sido el del estrés. Debido al protagonismo central que este concepto ocupa en la salud y en la vida de cada individuo se ha constituido una nueva disciplina, la *estresología* (Humphrey, 1998), dedicada al estudio de las teorías, causas, efectos y diferencias individuales del estrés, así como sus aplicaciones a los diferentes ámbitos de la vida humana, entre otros temas.

Este somero análisis revela la trascendencia y extensión del problema del estrés —o mejor dicho del distrés— y la necesidad de estudiarlo a fondo, de conocer sus diferentes dimensiones, la manera en que opera y especialmente aprender la forma de manejarlo adecuadamente, ya sea para utilidad personal o para aplicar estos conocimientos en la práctica clínica o en el ejercicio de cualquier actividad que pueda desempeñarse como operador de salud.

Origen histórico

El término "estrés" es de uso común y se le emplea para hacer referencia a una gama muy amplia de experiencias, por ejemplo, nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y otras sensaciones o vivencias similares. También se aplica a miles de circunstancias o situaciones responsables de esas emociones, como una cantidad excesiva de trabajo, la desmesurada presión que se puede sufrir en cualquier situación comprometida; por ejemplo,

durante la preparación de un examen, la espera en la antesala del dentista, la pérdida del trabajo, discusiones con la esposa/o, enfermedades graves, un jefe difícil, etc. Se utiliza la idea de "estrés" en forma tan frecuente y de manera tan indiscriminada que se ha convertido en una muletilla lingüística que pretende caracterizar todo tipo de amenaza que afecta a una persona. En definitiva, debido a que el término funciona en tan variadas aplicaciones ha perdido su significación específica y la referencia a los diferentes marcos teóricos de donde proviene. De allí la conveniencia de abordar su contenido semántico. Una vía esclarecedora es el tratamiento histórico del vocablo, es decir, su proceso de su evolución.

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, independientemente de la enfermedad que padecían, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, perdida de apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas inespecíficos. Esta sintomatología llamó la atención de Selye, quien denominó al fenómeno "Síndrome de estar enfermo".

Posteriormente, Selye se graduó de médico, realizó un doctorado en química orgánica y luego se trasladó a la Universidad John Hopkins, en Baltimore, Estados Unidos, para realizar un posdoctorado cuya segunda mitad efectuó en Montreal, Canadá, en la Escuela de Medicina de la Universidad McGill. Allí desarrolló sus famosos experimentos del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de esta "tríada de la reacción de alarma" Selye lo denominó primeramente "estrés biológico" y luego, simplemente, "estrés" (Selye, 1960).

Selye consideró entonces que varias enfermedades (cardiacas, hipertensión arterial y trastornos emocionales o mentales) eran provocadas por los cambios fisiológicos producidos por un prolongado estrés en los órganos, y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Al continuar sus investigaciones integró a sus ideas que: no solamente los agentes físicos nocivos son productores de estrés, sino que, además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés. A partir de esas bases, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.

El primer trabajo de Selye, que se publicó en 1936, pasó desapercibido. Fue su célebre libro *The Stress of life*, publicado 30 años más tarde, el que consagró definitivamente a su autor. Allí presentó la conocida definición del estrés como "la suma de todos los efectos inespecíficos de factores (actividad normal, agentes productores de enfermedades, drogas, etc.), que pueden actuar sobre el organismo. Estos agentes se llaman alarmógenos, cuando nos referimos a su habilidad para producir estrés" (Selye, 1960, p. 53). En la descripción de la enfermedad que realiza, identifica tres fases básicas, que denomina Síndrome General de Adaptación, SGA (figura 8.1), el cual comprende:

- Reacción de alarma. El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente debido a la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo, la hipófisis (ubicada en la parte inferior del cerebro), y las glándulas suprarrenales, localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal. El cerebro, al detectar la amenaza, estimula al hipotálamo, el cual produce "factores liberadores" que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada ACTH (*adrenal cortico trophic hormone:* adrenocorticotrófica) que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, la cual, bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides. A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal activa la secreción de adrenalina. Estas hor-

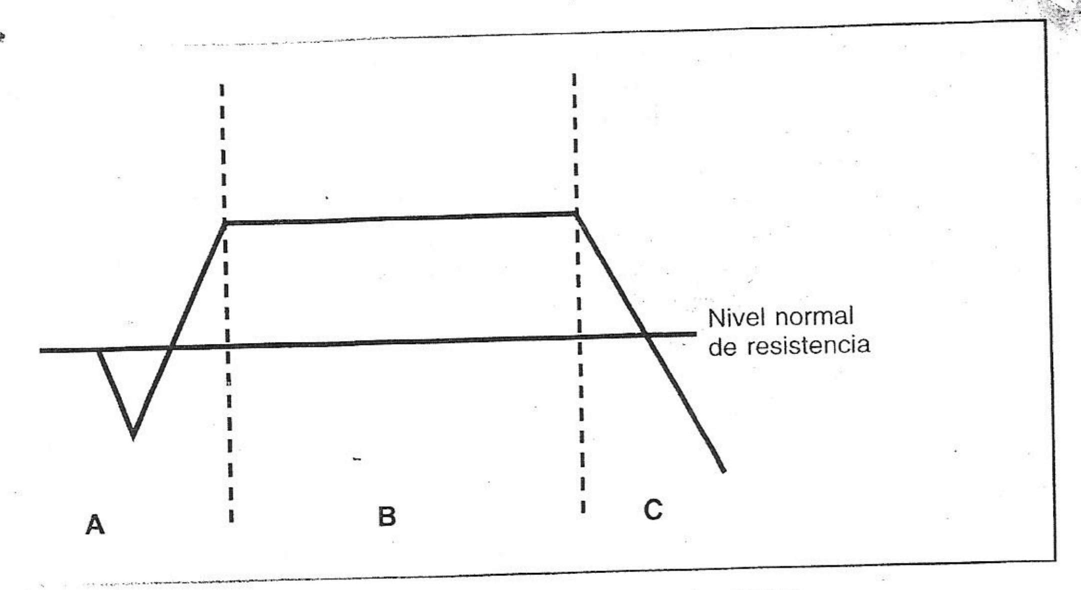


Figura 8.1 Las tres fases del Síndrome de Adaptación General (SAG) de Selye (1975): A. reacción de alarma; B. estado de resistencia; C. estado de agotamiento.

monas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

- Estado de resistencia. Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo no puede sostener indefinidamente la reacción original, por lo cual prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, en una nueva fase de adaptación o resistencia. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo. A diferencia de la primera fase, que es breve, la segunda es más prolongada, duración que depende de la persistencia del agente estresor y la capacidad del organismo para resistir. Cuando esa capacidad disminuye o se agota, comienza la fase siguiente.
- Fase de agotamiento. Selye observó que después de una "prolongada exposición a cualquiera de los agentes nocivos, esta adaptación adquirida finalmente se perdía" (Selye, 1960, 43). Al sobrevenir el agotamiento, el sujeto suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

Es de hacer notar que casi dos décadas después, en 1974, Selye realizó una nueva revisión del concepto de estrés, con base en la cual reiteró la vieja definición de la "respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier tipo de demanda" (Selye, 1975a, p. 14) y también conserva la descripción del SAG (ídem, 26-27), aunque reconoció las limitaciones de su teoría y la necesidad de ampliar sus contenidos. Más adelante nos referiremos a la ampliación de su modelo.

A pesar de estos estudios y de los miles de trabajos producidos sobre el tema, la ambigüedad o imprecisión de la noción de estrés persiste (Franks, 1994). Hay quienes califican el término de "ubicuo" (Bermúdez, 1996), por la dificultad para definirlo adecuadamente. Esos equívocos y confusiones son originadas por el mismo vocablo "estrés", que, en inglés, tiene acepciones difíciles de traducir. Por eso, nos parece conveniente, antes de abordar concretamente el significado del concepto, hacer algunas consideraciones sobre su etimología.

Etimología del término

El término *stress*, de origen anglosajón, significa "tensión", "presión", "coacción". Así, por ejemplo, *to be under stress* se puede traducir como "sufrir una tensión nerviosa". En este sentido, *stress* es casi equivalente a otro término inglés, *strain*, que también alude a la idea de "tensión" o "tirantez". Aunque ambos vocablos tienen algunas semejanzas, presentan ciertas diferencias. El uso más destacado de *strain* se realiza en el campo de la física, en donde se emplea en referencia a la presión o tirantez a que es sometido un cuerpo por una fuerza determinada (por ejemplo, la tensión de una cuerda o de un músculo). Por otra parte, *stress* tiene otras acepciones, como "énfasis" o "hincapié". Por otra parte, en el ámbito lingüístico significa "acento".

Por lo demás, es un término neutro, es decir, para su correcta comprensión requiere de un adjetivo o de un prefijo que califique o caracterice el uso que se le quiere dar. Es semejante a lo que sucede con otros vocablos, como "humor" o "ganas". Así, cuando decimos "¡qué buen humor tiene!" o "¡lo hizo de mala gana!", es necesario agregar el adjetivo para que pueda entenderse el mensaje. Cuando se lo utiliza con un prefijo, aplicamos la expresión distrés y eustrés para referirnos, en el primer ejemplo, a las consecuencias perjudiciales de una excesiva activación psicofisiológica, y para hablar de la adecuada activación necesaria para culminar con éxito una determinada prueba o situación complicada. (Gutiérrez, 1998).

La cuestión es que para los angloparlantes la imagen mental que se forman del concepto *stress* presenta más matices que para nosotros, ya que al traducirla se importó la acepción psicológica, perdiéndose las otras. En definitiva no es la mejor palabra para trasmitir la idea que Selye pretendió. Omar (1995) sostiene que Selye eligió el término porque tenía un conocimiento muy precario del inglés. Incluso, se habría arrepentido e intentado cambiarlo por el término *strain*, que sería más adecuado, pero el inesperado auge que había adquirido el vocablo primigenio imposibilitó el cambio. Su mismo creador reconoce que el término ha tenido una gran aceptación "en todos los idiomas extranjeros, incluidos aquellos en los que ninguna palabra de este tipo existía previamente" (Selye, 1975b).

Así, el término *stress*, "al no encontrar una traducción satisfactoria en otros idiomas, pasó como tal a formar parte del lenguaje científico universal", dice Donalisio (1996). Por su parte, *strain* no consiguió traspasar la barrera idiomática y hoy sólo se cita en medios psicológicos para aludir a los correlatos fisiológicos del distrés (véase Luecken *et al.*, 1997).

¿Qué es el estrés?

Desde las múltiples disciplinas que abordaron la temática del estrés surgieron sesgos y orientaciones teóricas diferentes que propusieron otras tantas concepciones y definiciones. Así, los enfoques fisiológicos y bioquímicos acentuaron la importancia de la respuesta orgánica, interesándose en los procesos internos del sujeto, en tanto que las orientaciones psicológicas y sociales hicieron hincapié en el estímulo y la situación generadora del estrés, focalizándose en el agente externo. Otras tendencias apuntaron a superar esa dicotomía interno-externo, por lo cual acentuaron la interrelación y los procesos mediacionales o transaccionales.

Por lo general, la bibliografía destaca estos tres modelos (Sandín, 1995), pero la investigación ha descubierto nuevas líneas de análisis, permitiéndonos, por lo menos, agregar otras dos perspectivas: la primera se centra en la calidad o naturaleza del estrés, al cual denomina "distrés", si es negativo, y "eustrés si es positivo. El último enfoque, más reciente, que integra un conjunto complejo de variables, ha permitido construir modelos multimodales que presentan visiones comprensivas más amplias y abarcadoras del tema.

En síntesis, distinguimos cinco orientaciones teóricas o modelos interpretativos sobre el estrés, que representan sendas vertientes de estudio y recogen los principales perfiles de la

investigación. A continuación presentaremos una síntesis de cada una de estas perspectivas, con sus respectivas definiciones de estrés.

Estrés como respuesta. Teoría fisiológica

La teoría fisiológica desarrollada por Selye (1960, 1975). Como ya hemos visto, este autor ha definido el estrés como la respuesta inespecífica del organismo ante la demanda de un agente nocivo (estresor o alarmador) que atenta contra el equilibrio homeostático del organismo (Cannon, 1932). Es, pues, una respuesta orgánica normal ante situaciones de peligro. En esas circunstancias, el organismo se prepara para combatir o huir (*fight or flight*), mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida por las glándulas suprarrenales (ubicadas en el extremo superior de los riñones). Esta sustancia se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción. En estas circunstancias, el corazón late más fuerte y rápido, aumenta la irrigación, los órganos menos críticos (riñones, intestinos) se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas, para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos). Los sentidos se agudizan y la mente entra en estado de alerta. En la figura 8.2 se ilustra el patrón de respuesta según el modelo de Selye.

Se ha cuestionado esta teoría, pues se sostiene que "no establece las condiciones para que un estímulo pueda ser considerado estresor independientemente de sus efectos" (Sandín, 1995, p. 7), ya que lo define en forma tautológica, como un estímulo que produce estrés. La otra crítica se refiere al concepto de inespecificidad. Según Selye, la respuesta de estrés es inespecífica, ya que es producida por estresores diferentes como agentes físicos (por ejemplo, frío, calor, un objeto punzante, etc.), psicológicos (por ejemplo, un insulto o amenaza de agresión) o psicosociales (por ejemplo, pérdida del trabajo, crisis económica, etc.). Todos estos estímulos inducen la misma respuesta del organismo: la activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Sin embargo, los estudios experimentales de Mason (1971) y Weiss (1971), demostraron que la respuesta del organismo está generada más por un estímulo emocional que por el físico, ya que animales bajo los mismos estímulos reaccionaron fisiológicamente diferente según la percepción emocional que el estímulo presentaba para ellos.

Más allá de las críticas que se han efectuado a este modelo, es destacable por la importancia histórica que tuvo y por haber abierto un campo fecundo de investigaciones centrado especialmente en la acción de los factores fisiológicos del estrés. La limitación fue precisamente haber reducido el campo a los aspectos orgánicos en detrimento de las variables cognitivas, conductuales, de personalidad y contextuales intervinientes.

Estrés como estímulo. Teoría de los sucesos vitales

Esta perspectiva, quizás como reacción a la anterior, puso el acento en los estímulos ambientales, es decir, localizó fuera del individuo el hecho gravitante del estrés. Los principales responsables de esta teoría fueron dos psiquiatras, Holmes y Rahe, los cuales observaron cuidadosamente los acontecimientos vitales que habían precedido a la enfermedad en 5.000 pacientes hospitalizados. En su investigación encontraron evidencias significativas de que los cambios ocurridos en la vida de esas personas incrementaron la posibilidad de contraer la enfermedad, al cabo de uno o dos años. Así, por ejemplo, situaciones como enviudar, ser despedido del trabajo o problemas con el jefe podían activar las hormonas y la fisiología del estrés, disminuir la eficacia defensiva del sistema inmunológico e incrementar la vulnerabilidad a la enfermedad. Lo sorprendente fue que algunos de los acontecimientos que precedieron a ésta no fueron negativos, sino, por el contrario, positivos, como casarse, tener un hijo, mudarse a una casa nueva o una promoción en el trabajo. Sin embargo, aun esos acontecimientos felices fueron estresantes, es decir, que requerían un ajuste para el cambio,

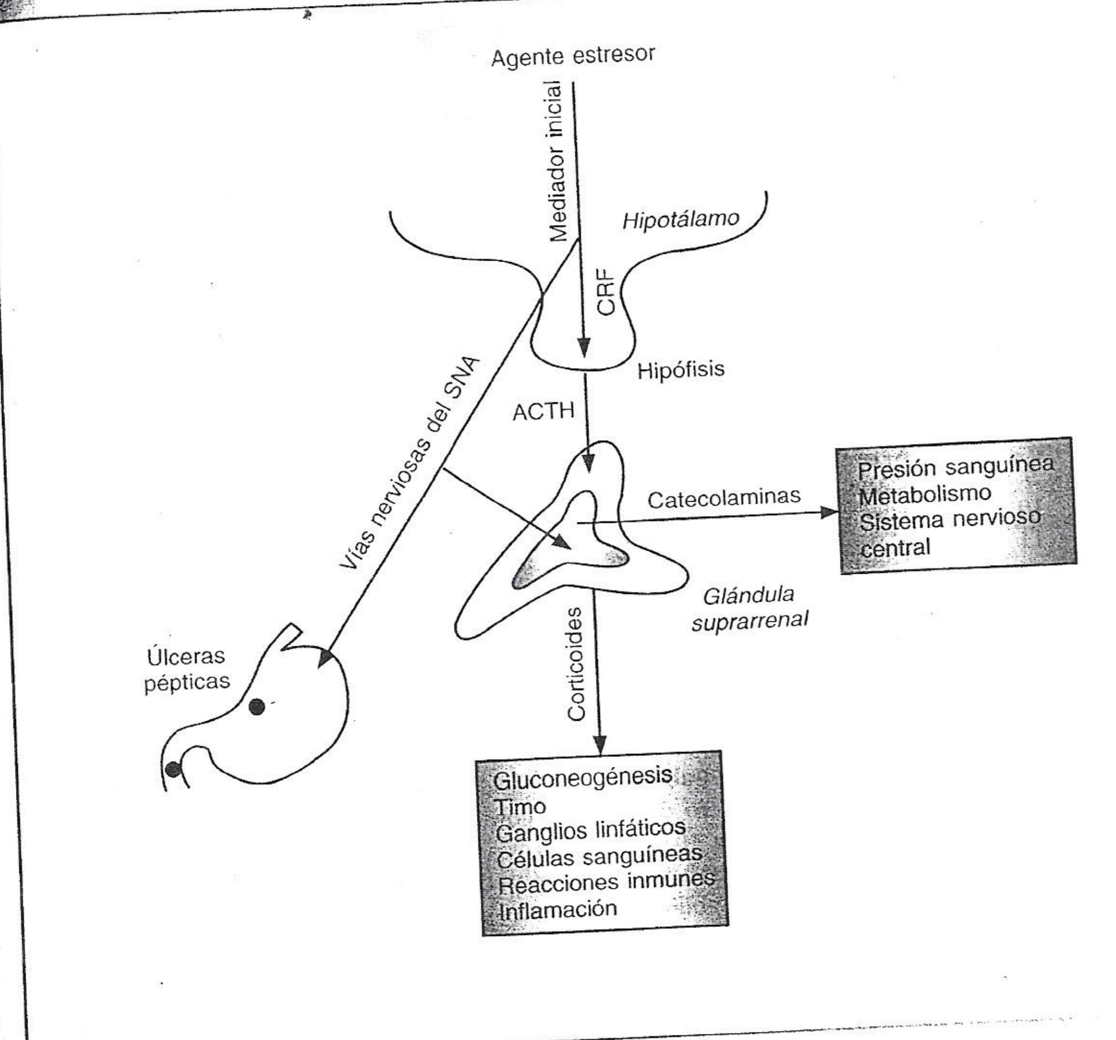


Figura 8.2 Modelo de Hans Selye. Patrón de respuesta de estrés. Vías principales que median la respuesta del organismo ante el estresor (CRF = *corticotropin releasing factor*, factor liberador de ACTH; ACTH = *adrenocorticotropic hormone*, hormona adrenocorticotropa; SNA = sistema nervioso autónomo).

que muchos no supieron manejar adecuadamente, por lo cual sucumbieron ante la enfermedad.

Basándose en la valoración que las personas comunicaban sobre el grado de adaptación que determinados acontecimientos vitales demandaban, los investigadores asignaron valores a tales eventos, lo cual dio por resultado la construcción de la célebre escala conocida como The Social Readjustment Rating Scale (SRRS), publicada primeramente en 1967 (Holmes y Rahe, 1967). Esta herramienta de investigación estaba conformada por una lista de 43 sucesos, organizados de mayor a menor, que según la magnitud del cambio introducido en el último año recibían una determinada puntuación. Los investigadores descubrieron que quienes registraban menos de 150 unidades (UCV) en el SRRS (véase tabla 8.1), tenían 30% de posibilidades de enfermar en el futuro, en tanto que aquellos que obtenían entre 150 y 299 puntos tenían 50% de posibilidades, mientras que con 300 o más UCV, las probabilidades de enfermar al cabo de un año ascendían hasta 80%.

Tabla 8.1 **Escala de Holmes y Rahe (1967)**

Escala de reajuste social

Posición	Acontecimiento vital	Valor medio
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	65
4	Encarcelamiento	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Despido del trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Retiro	45
11	Cambio de salud de un miembro a la familia	44
12	Embarazo	40
13	Dificultad o problemas sexuales	39
14	Incorporación de un nuevo miembro de la familia	39
15	Reajuste de negocio	39
16	Cambio de situación financiera	38
17	Muerte de un amigo íntimo	37
18	Cambio de tipo de trabajo	36
19	Cambio en el número de disputas con el cónyuge	35
20	Hipoteca superior a 10,000 dólares	31
21	Juicio hipotecario por crédito o hipoteca	30
22	Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23	Hijo o hija que dejan el hogar	29
24	Problemas legales	29
25	Logro personal notable	28
26	La esposa comienza o deja de trabajar	26
27	Comienzo o fin de la escolaridad	26
28	Cambio de condiciones de vida	25
29	Revisión de los hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambio de turno o de condiciones laborales	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de colegio	20
34	Cambio de actividades de ocio	19
35	Cambio de actividad religiosa	19
36	Cambio de actividades sociales	18
37	Hipoteca o crédito inferior a 10.000 dólares	17
38	Cambio de hábito de dormir	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambios de hábitos alimentarios	15
41	Vacaciones	13
42	Fiestas navideñas	12
43	Leves transgresiones a la ley	11

En síntesis, los autores señalaron que: *a*) la magnitud del cambio vital está alta y significativamente relacionada con la aparición de la enfermedad; *b*) cuanto mayor sea el cambio vital o crisis, mayor es la probabilidad de que este cambio se asocie con la aparición de la enfermedad en la población de riesgo y *c*) existe una fuerte correlación positiva entre la magnitud del cambio vital y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada (González, 1987, p. 406).

La principal crítica que se formula al modelo del estrés psicosocial es que la reacción del sujeto depende más de la percepción del evento que del evento en sí. No toma en cuenta las diferencias individuales en la respuesta al estrés. Por lo demás, el hecho de que los acontecimientos vitales aumenten los niveles de estrés, no quiere decir que vaya a producirse una enfermedad; para que ella se origine deben presentarse otros factores propios del sujeto. Además, conviene señalar que, en muchos casos, los eventos vitales pueden desempeñar una función positiva, en lugar de enfermar, pueden activar la resiliencia (Walsh, 1998), o la posibilidad de crecer y madurar, o de adquirir nuevas destrezas, que mejoren los recursos de autoeficacia y autoconfianza o desarrollen otras habilidades que acrecenten el bienestar.

Es necesario reconocer que las investigaciones de Holmes y sus colaboradores ha jugado un importante rol en la literatura psicológica y desarrollado una línea de estudios muy fecunda. Del análisis de las experiencias estresantes por sucesos vitales múltiples que implican cambios ha evolucionado hacia los sucesos cotidianos, considerando el impacto de los eventos negativos —fastidios o *hassles*— y positivos —satisfacciones o *uplifts*— en el diario vivir. También se ha mejorado la confiabilidad de los instrumentos de evaluación, obteniéndose datos de utilidad sobre las relaciones causales entre el estrés y los problemas de salud.

Definición interactiva. Teoría de la evaluación cognitiva

Los dos enfoques anteriores otorgan relevancia ya sea a las variables internas o a las externas del estrés, lo cual constriñe al sujeto a un rol pasivo, a la vez que minimiza los factores psicológicos. En contraste con estos enfoques, esta perspectiva atribuye a la persona la acción decisiva en el proceso, pues especifica que el estrés se origina en la evaluación cognitiva que hace el sujeto al intermediar las relaciones particulares entre los componentes internos y los provenientes del entorno. El principal expositor de esta perspectiva derivada de la psicología cognitiva fue Richard S. Lazarus quien, en 1966 presentó su primer trabajo (1966), para, posteriormente, en 1984, junto a Susan Folkman, escribir el texto primordial, *Stress, Appraisal and Coping*, traducido al español como *Estrés y procesos cognitivos* (1986).

El modelo de Lazarus considera que el estrés es el resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o de desafío. En el primer caso, el sujeto evalúa hechos consumados, en el segundo los anticipa, y en el tercero, se mueve entre la posibilidad de perder o ganar. Muchos factores personales influyen en esa evaluación —motivaciones, compromisos, creencias, expectativas, etc.—, pero quizás el trabajo más importante de Lazarus haya sido el de definir con particular precisión los factores situacionales que hacen probable una evaluación estresante. Así, por ejemplo, habla de la novedad, la inminencia, la predictibilidad, la duración, la incertidumbre, la ambigüedad y la cronología biográfica (Valdés, 1986, p. 17).

En forma específica, Lazarus y Folkman (1986, p. 43), definen el estrés como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar". La clave de la psicología del estrés son los "actos de evaluación cognitiva" que determinan el valor de la amenaza. Lazarus distingue tres tipos de evaluación: la primaria, la secundaria y la reevaluación. La evaluación primaria, que se centra en la situación, se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna. Aquí intervienen cuatro modalidades de evaluación, a saber: 1) amenaza: la anticipación de un daño posible; 2) daño/pérdida: son los resultados de esa amenaza; 3) desafío: es la valoración de la situación que hace el sujeto que

conlleva resultados inciertos y 4) beneficio: es una valoración positiva que no induciría a estrés. Las tres primeras formas permiten definir sendos tipos de estrés (de amenaza, pérdida o desafío).

La evaluación secundaria ocurre posteriormente a la primera y se centra en la valoración de la propia eficacia que tendrán las medidas que adopte para hacer frente a la situación. Se trata de los "recursos de afrontamiento" o habilidades de *coping*, que incluyen los recursos físicos (salud y energía), los recursos psicológicos (las creencias positivas) y las aptitudes (técnicas para la resolución del problema y habilidades sociales). Además, se deben considerar los recursos ambientales, de tipo social (apoyo social) y los recursos materiales (dinero, bienes y servicios). Finalmente, la reevaluación son los procesos de *feedback* que ocurren durante el proceso de interacción entre el individuo y las demandas, que permite realizar las correcciones necesarias, al asimilar nuevas informaciones o cambios de la situación que determinará los respectivos cambios de conducta.

Una vez que se ha realizado la acción evaluativa, las manifestaciones de estrés van a ocurrir en la medida de la eficacia que tengan las actuaciones que ponga en marcha el sujeto para hacer frente a la amenaza. A esas acciones se les denomina "estrategias de afrontamiento", o *coping*. Por afrontamiento se entiende, específicamente "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus *et al.*, 1986, p. 64). Se trata, pues, de conductas dirigidas a dominar, tolerar, reducir o minimizar las demandas excesivas que amenazan al sujeto. Este concepto se diferencia de otros planteamientos, pues considera que el afrontamiento es un proceso diferente de las conductas adaptativas automatizadas, que pone el acento en los "esfuerzos" más que en los resultados y que busca "manejar" las situaciones estresantes. En la sección sobre "Manejo del estrés" desarrollaremos las funciones, modos o estilos de afrontamiento.

Distrés *versus* eustrés

Selye reconoció los aspectos positivos del estrés, debido a lo cual bosquejó una suerte de filosofía de la vida que otorga la posibilidad de extraer de este concepto los mejores beneficios. Según Gutiérrez García (1998), el "padre de los estudios del estrés", habría incluso diferenciado resultados "agradables o desagradables". Al que provoca los primeros le denominó como "eustrés" o "buen estrés", y al segundo, "distrés", o "mal estrés". Afirma al respecto que "el hecho de que el eustrés cause mucho menos daño que el distrés demuestra gráficamente que es el 'cómo te lo tomes' lo que determina, en último término, si uno puede adaptarse al cambio de forma exitosa". Sin embargo, estas distinciones no modificaron su concepción general del estrés como "respuestas inespecíficas a los diversos estímulos positivos o negativos que actúan sobre él".

En general, la investigación científica ha adoptado la idea del estrés con una significación de consecuencias negativas para el individuo que lo sufre. Reconocer la pertinencia de una utilización técnica dual ("eustrés" *versus* "distrés"), forzosamente implica elaborar un nuevo modelo interpretativo en la medida de que ambos constructos se perciban con cualidades propias. Se trata de "establecer un nuevo enfoque positivo de las situaciones de desajuste, de tal forma que se potencien aspectos muy reducidos o desdeñados con las anteriores estructuras y se reconduzcan alternativas de intervención/prevención que parecen, actualmente, en situación de "punto muerto" (Gutiérrez, 1998).

Este modelo cuestiona la identificación del estrés con el distrés, es decir, quedarse con una visión psicopatológica que desconoce la perspectiva de la salud, la cual completa los casos y situaciones de eustrés, cuando el individuo realiza una gestión exitosa de las demandas de su entorno. Es la dimensión del estrés satisfactorio, que ofrece a sus actores experiencias positivas, sensaciones y sentimientos placenteros (sensación de bienestar, de adaptación),

que fortalecen la propia autoestima y refuerzan las estrategias de afrontamiento (Bunting *et al.*, 1986). Pueden resumirse en lo que Antonovsky (1979, 1987) denomina "fuerzas salutogénicas" y "vivencia de coherencia", la personalidad "Hardiness" o resistente de Kobasa (1982, 1983), la autoeficacia de Bandura (1977, 1986), el *locus* de control interno, la personalidad tipo B, el optimismo (Scheier *et al.*, 1985, 1986), la esperanza (Pereyra, 1997) y el concepto de resiliencia (Walsh, 1998). Todo ello conforma no sólo barreras que ayudan a mejorar la adaptación y reducir las consecuencias del distrés sino que desarrolla criterios valiosos para entender mejor la salud.

Desde un enfoque fisiológico puede pensarse el eustrés (Nogareda, 1994) como el aumento de catecolaminas (hormonas del sistema nervioso vegetativo) sin la aparición de cortisol (hormona del eje hipófiso-suprarrenal). Es decir, el cortisol vendría a actuar como un biomarcador de las situaciones de distrés. Expresado de forma alternativa, el eustrés sería la situación neuroendocrina que genera el mantenimiento de actividades en las que, sean cuales fueran las demandas, el grado de control del sujeto es alto (o bajas las restricciones). Por otra parte, si se definen en relación con el abordaje terapéutico, los procedimientos podrían diferenciarse. Así, por ejemplo, el tratamiento del distrés trata de reducir la tensión muscular, aliviar los perjuicios y liberar la mente de los nocivos procesos cognitivos de la demanda de estrés, mientras que los procesos de eustrés no estarían al servicio de neutralizar o minimizar los prejuicios del distrés, sino que tratarían de promover los procesos de salud y bienestar.

Gutiérrez (1998, p. 46) resume esta perspectiva cuando afirma que "es posible diseñar una formulación del proceso general de estrés que modele tanto los sucesos negativos como los positivos (distrés y eustrés, respectivamente): variables ambientales y recursos (distresores y eustresores), características de la persona (nocivas y salubres), experiencias subjetivas (apreciaciones cognitivas), respuestas del individuo en casos de eustrés (satisfacción, mejora y acumulación de estrategias) y distrés (estrategias de afrontamiento, resultados y consecuencias), y posibilidades de transformación (generación de eustrés a partir del distrés). Todo ello, teniendo en cuenta el discurrir de los distintos procesos a lo largo del tiempo (su influencia en las posibilidades de cambio y transformación, de cronificación de síntomas, etc.)". En definitiva, pretendemos establecer un modelo que proporcione soluciones a los aspectos negativos de las situaciones de estrés y destaque la relevancia de los aspectos activos y positivos: un modelo que promueva el eustrés.

Modelos integradores multimodales

Los múltiples y fructíferos avances de la investigación científica del estrés durante las últimas décadas han permitido descubrir que no se puede reducir a definiciones unívocas o a esquemas simples, sino por el contrario, es necesario entender que se trata de un conjunto complejo de variables que funcionan sincrónica y diacrónicamente, articuladas en diferentes niveles de interacción a lo largo de procesos temporales. Por lo tanto, para dar cuenta del significado del concepto de estrés es necesario recurrir a modelos explicativos lo suficientemente globales que abarquen los diferentes componentes intervinientes, pero a la vez, lo suficientemente específicos para precisar y focalizar las acciones concretas. Además, los modelos deben posibilitar su actualización y dar respuesta a las cuestiones que van planteándose, sin despreciar o subestimar los aciertos de anteriores investigaciones. En consecuencia, este enfoque responde a un nuevo paradigma que a nuestro criterio corresponde a lo que podríamos llamar modelos multimodales.

No existe un modelo unánimemente aceptado por todos los investigadores que explique todos los aspectos de la forma de actuación del estrés. Los múltiples modelos existentes (ver, por ejemplo, Skodol *et al.*, 1990; Palmer *et al.*, 1995), por lo general parten de una concepción que reconoce la definición de estrés como transacción entre sujeto y ambiente, a la vez que otorgan la debida importancia a los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de

personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas del sujeto en todos los niveles. Un modelo que nos parece satisfactorio es el de Sandín (1995), ya que incluye todos los elementos o componentes mencionados, aunque en forma esquemática.

Como puede apreciarse en la figura 8.3, abarca siete etapas que comprenden otros tantos principios implicados. Ellos son: 1) demandas psicosociales: comprende lo que comúnmente se llama "estrés psicosocial" o los estresores ambientales; 2) evaluación cognitiva: incluye los niveles de evaluación primaria y secundaria, así como los posteriores procesos de reevaluación; 3) respuesta de estrés: incluye el complejo de respuestas fisiológicas (neuroendocrinas y las del sistema nervioso autónomo) y las respuestas psicológicas, tanto emocionales como a nivel cognitivo y motor; 4) estrategias de afrontamiento (*coping*): los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para enfrentar tanto las demandas externas como las internas; 5) apoyo social: disponibilidad de personas de confianza, lazos sociales, contacto social significativo, pertenencia a una red social, apoyo personal; 6) variables disposicionales: incluye los tipos de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza y otros por el estilo; 7) estado de salud: aunque esta variable depende de todas las anteriores, hay ciertas conductas relacionadas con la salud que pueden facilitar (por ejemplo, fumar, ingerir alcohol o realizar conductas de riesgos para la salud) o inhibir los efectos del estrés (por ejemplo, hacer ejercicio físico sistemático, realizar una dieta alimenticia equilibrada y moderada).

Conviene resaltar que se trata de un esquema con fines didácticos que no es exhaustivo, y que, además, se trata de un "modelo dinámico y comprensivo, que implica interrelación entre los distintos componentes, que puede servir como marco teórico para entender la complejidad del concepto de estrés, y que posee valor heurístico para estimular nuevos trabajos e investigaciones sobre la psicopatología del estrés" (Sandín, 1995, 44).

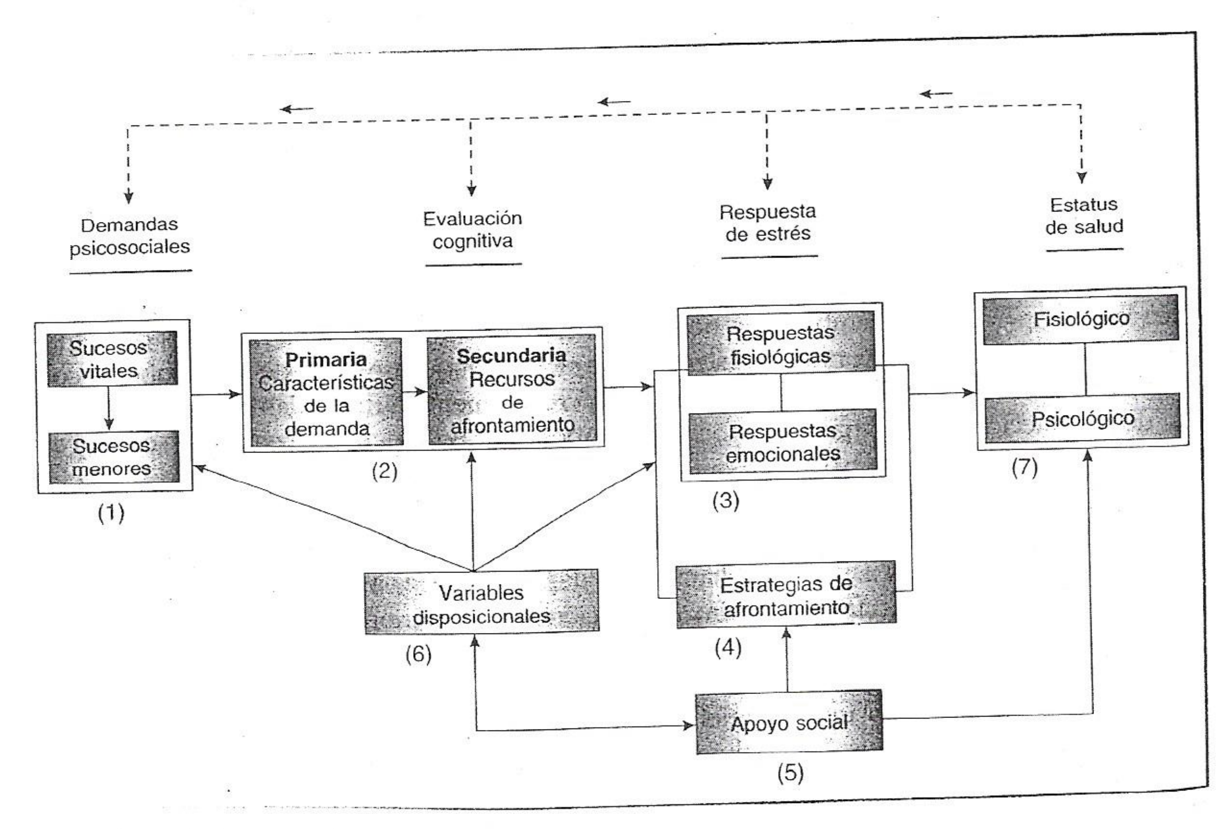


Figura 8.3 **Modelo de Sandín (1995, 13).**

Moderadores de la experiencia del estrés

Los factores del estrés

Para abordar esta sección tomamos como marco de referencia una clasificación de los factores del estrés (González, 1989, 1991) realizada según el grado de participación que éstos tienen en la experiencia del estrés. De acuerdo con ella, se definen tres tipos de factores, a saber:

Factores internos de estrés. Incluyen las variables del propio sujeto directamente relacionadas con la respuesta de estrés. Un ejemplo de este tipo de factor lo constituye el denominado índice de reactividad al estrés, que se define como "el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables" (González, 1990; Rodríguez, 2001).

Factores externos de estrés. Éstos hacen referencia a los estresores medioambientales que pueden sobrecargar los mecanismos de defensa y la regulación homeostática o de ajuste del individuo. Ejemplos característicos de estos factores lo constituyen el índice de los sucesos vitales (Holmes y Rahe, 1967) y los *hasless* (fastidios) de la vida cotidiana, inclusive de los "eventos interpersonales" (Maybery and Graham, 2001).

Factores moduladores. Están constituidos por variables tanto del medio ambiente como del propio individuo que no están en relación directa con la respuesta de estrés, pero que actúan como condicionadores, moduladores o modificadores de la interacción entre los factores externos e internos de estrés. De entre los factores moduladores se pueden señalar variables como el apoyo social, determinados estados afectivos y características de personalidad (por ejemplo, personalidad de tipo A y C, *hardiness*) o cualidades atribucionales (por ejemplo, el "*locus* de control") o de manejo de las situaciones adversas como la "resiliencia".

En esta sección nos interesa este último tipo de factores, aquellos que intervienen para incrementar o amortiguar la percepción de amenaza o la acción de los estresores y que, por lo tanto, facilitan o entorpecen las respuestas adaptativas, de modo tal que algunas respuestas serán eficaces y otras no (véase la figura 8.4). Por razones de espacio trataremos brevemente algunos de esos factores que han tenido mayor protagonismo en el tratamiento bibliográfico, como son el apoyo social, las variables de personalidad y la resiliencia.

El apoyo social

Los roles que juega el apoyo social como amortiguador del impacto del estrés y como variable asociada con la salud son cuestiones ampliamente estudiadas desde varios años atrás (Broadhead *et al.*, 1983), particularmente en relación con algunas enfermedades, tales como los trastornos cardiovasculares (por ejemplo, Orth-Gomer, 2000; Steptoe, 2000; Wlodarczyk, 1999) y el cáncer (por ejemplo, Northouse, 1988). Aunque algunos investigadores aseguran que el apoyo social es un factor moderador del impacto del estrés sobre la reactividad cardiovascular, otros no han encontrado evidencias suficientes (Anthony y O´Brien, 1999; Tennant, 1999). En la búsqueda de una respuesta al tema, agrega Kors (2000), el apoyo social es un factor moderador del efecto del estrés en la medida en que la persona tenga una alta predisposición a buscar ese apoyo en situaciones estresantes. En un estudio centrado en el estrés laboral, Hagihara y colaboradores (1998), descubrieron que no es la variable como un todo sino ciertas dimensiones del soporte social las que interactúan en determinados trabajadores para amortiguar el estrés. Cuando analizaron los contenidos del apoyo social, Payne

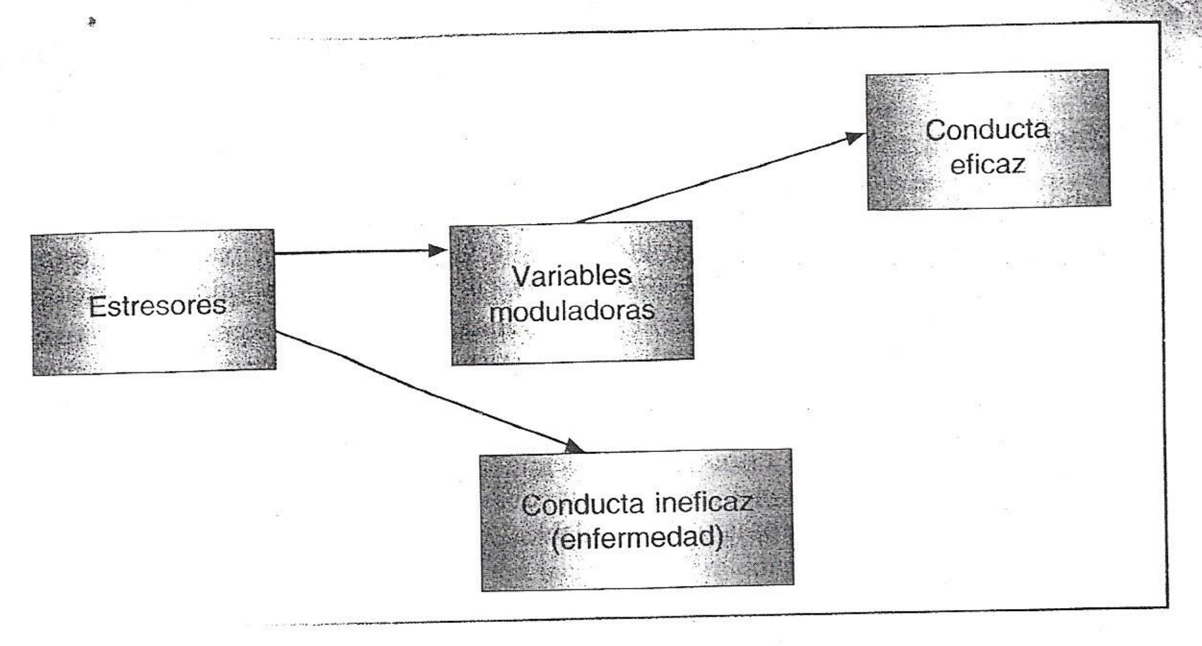


Figura 8.4 **Las variables moduladoras y sus efectos.**

y Jones (1987; *cfr.*, Sandín, 1995) detectaron cinco elementos básicos, a saber: 1) dirección, según el apoyo social sea proporcionado, recibido, o ambas cosas a la vez; 2) disposición de recursos y su utilización; 3) descripción/evaluación de la naturaleza del apoyo social; 4) contenido, según sea emocional, instrumental, informativo o valorativo y 5) redes sociales de que dispone el sujeto, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y otros por el estilo.

En las investigaciones del *burnout* se ha informado que las variables edad y apoyo social se correlacionan inversamente con la vulnerabilidad al síndrome, de modo tal que a mayor edad y más apoyo social del contexto, se reduce la vulnerabilidad al síndrome o no se lo padece o éste aparece en niveles moderados. Además, el afrontamiento al estrés resulta más exitoso, sobre todo en la variable apoyo social (Pérez, 2001). Leserman *et al.* (1999), demostraron que más estrés y menos soporte social puede acelerar el curso de infección en pacientes con VIH. Otros estudios han demostrado diferencias de género con respecto a los modos de afrontar el estrés, observándose que las mujeres buscan en mayor medida que los hombres el apoyo social, manifiestan más sus emociones en relación con el evento estresante y ocupan mayor parte de su tiempo en la realización de actividades distractoras para evitar pensar en las situaciones problemáticas (Crespo y Cruzado, 1997).



Lo que no se ha podido elucidar con exactitud es el mecanismo a través del cual opera el apoyo social en su impacto sobre la salud (Leserman *et al.*, 1999). Una de las hipótesis más probables es que incide sobre las alteraciones del estado de ánimo, especialmente a través de la ansiedad y la depresión, considerándose éstas variables intervinientes. En ese sentido, Chesney (1998) afirma que el aislamiento social incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular a través

del estado de ánimo depresivo y las conductas en torno de la salud, a la vez que sugiere elaborar modelos de intervención focalizados en el incremento del apoyo social con el objeto de reducir las conductas de riesgo.

Una línea de investigación reciente en esta área es el resurgimiento de la teoría del apego de Bowlby (1985), aplicada a la medicina psicosomática como modelo biopsicosocial del desarrollo y de la salud. En un estudio longitudinal realizado sobre 60 viudas y 60 viudos, cuyo objetivo era determinar cómo elaboraban el duelo y se ajustaban a la soledad, Stroebe y Schut (1996) descubrieron que no era el soporte de amigos sino las figuras de apego las que amortiguaban el estrés y compensaban los déficit. Según Maunder y Hunter (2001), que llevaron a cabo una amplia revisión de la bibliografía, existen evidencias suficientes para fundamentar la hipótesis de que la inseguridad del apego contribuye a las enfermedades físicas. Además, tiende a generar los riesgos de enfermar a través de tres mecanismos: 1) el incremento de la susceptibilidad al estrés; 2) el incremento del uso de reguladores externos de las emociones y 3) la alteración de las conductas de búsqueda de ayuda. Concluyen que: el "estilo de apego puede ser un predictor de vulnerabilidad al estrés y de riesgo de enfermar en numerosas enfermedades".

La personalidad

Además de las variables mediadoras de la respuesta al estrés de tipo cognitivo (evaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento, temas que se considerarán más adelante) y del apoyo social, deben ser consideradas las variables personales de tipo disposicional. Las investigaciones han identificado una cantidad de variables de personalidad que aparecen relacionadas con diferentes enfermedades y otras que se asocian a potenciadores de la salud.

Así, pues, en aquellos sujetos que sufren patologías isquémicas, se ha descubierto que las características principales de personalidad serían el alto nivel de perfeccionismo, la inflexibilidad, la susceptibilidad en sus relaciones sociales y una baja autoestima. Se ha caracterizado a la personalidad de este grupo como patrón de conducta Tipo A, que ha sido analizado junto con uno de sus componentes principales, la hostilidad. A pesar de que muchos estudios se han centrado en estudiar el rol de la hostilidad como factor de riesgo para contraer la enfermedad coronaria, los mecanismos mediante los cuales ésta manifiesta sus efectos en el sistema cardiovascular no han sido aún dilucidados. Las discusiones y dudas generadas en torno del patrón tipo A ha promovido múltiples planteamientos. Uno de los trabajos más sugestivos es el de Bruce McEwen (1998), de la Universidad de Rockefeller (Nueva York).

McEwen realizó una evaluación de 113 estudios científicos sobre el estrés, sus tipos y efectos a corto y largo plazos. Con base en sus investigaciones desarrolló el concepto de "carga alostática" para dar cuenta del desgaste que se padece durante la adaptación a las situaciones estresantes. Ante cualquier situación de estrés, externo o interno, responden el sistema nervioso central, el eje hipotalámico-hipofisario (HPA), el sistema cardiovascular, el metabólico y el inmune. La reacción no es igual en todos. Por ejemplo, a la mayoría de las personas se les activa el HPA cuando tienen que hablar en público. Después de enfrentar repetidamente este suceso, muchas personas se habitúan y la secreción de cortisol (un glucocorticoide segregado por las glándulas suprarrenales como respuesta al estrés) no se incrementa como durante los primeros discursos. Sin embargo, se calcula que 10% de los individuos siempre estarán tensos cuando tengan que dar una conferencia y sus niveles de cortisol aumentarán en todas las ocasiones. ¿A qué se debe este fenómeno psicofisiológico?

En primer lugar es necesario distinguir dos aspectos básicos en cómo cada uno enfrenta una situación estresante: 1) la forma personal de percibir o evaluar el estímulo; y 2) las condiciones del organismo o estado general de salud, que depende de factores genéticos, ambientales y del estilo de vida. Así, por ejemplo, se ha demostrado que las personas cuya tensión arterial se eleva durante horas después del episodio estresante suelen tener un familiar directo, padre o madre, hipertenso. Son, pues, los genes los que elevan la susceptibili-

dad a sufrir el estrés cardiovascular. De modo que la carga alostática depende de las variables personales y del tipo de estresores que se enfrentan.

McEwen (1998) ha precisado cuatro tipos de carga alostática. En el primer tipo está provocada por el estrés puntual, aquel que causa una respuesta física inmediata. Una persona tiene que acudir a una cita importante y un atasco de tránsito le impide llegar a tiempo. Esta situación desencadena un estrés inmediato. Como consecuencia, se eleva la tensión arterial, lo que puede incrementar las probabilidades de infarto en las personas con factores de riesgo. La segunda clase es la respuesta normal, pero mantenida, constante, al estrés. Es el resultado a una exposición prolongada a las llamadas hormonas del estrés (las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, que son las sustancias que libera el sistema nervioso simpático, y los glucocorticoides). Determinados profesionales, tales como ejecutivos, pilotos de avión, médicos o enfermeros de terapia y colectiveros son los que más sufren este tipo de carga alostática. El tercer tipo se configura cuando la respuesta física al estrés se prolonga en el tiempo. Está demostrado, por ejemplo, que las mujeres depresivas sufren una pérdida de masa ósea. Estas féminas, cuya carga alostática es crónica debido a su estado mental, poseen concentraciones elevadas de cortisol que inhiben la formación de hueso. Finalmente, el cuarto tipo de carga alostática se produce por una respuesta física inadecuada al estrés. Es decir, cuando uno de los sistemas no responde correctamente ante la amenaza del estímulo, el organismo actúa mediante la activación de otros sistemas que no suelen ser los corrientes. Si una situación tensa no eleva los niveles de cortisol de un individuo, por ejemplo, su fisiología tiene que compensar esa deficiencia con un aumento de citoquinas inflamatorias. Ensayos con ratas han demostrado que las consecuencias de esta respuesta anormal aumentan la susceptibilidad de estos animales a padecer trastornos autoinmunes o inflamatorios.

Así como el Tipo A se caracteriza por manejar las situaciones de sobrecarga de un modo que a largo plazo puede llevar a desarrollar enfermedades coronarias, también se ha encontrado otro patrón de personalidad que estaría asociado con el riesgo de contraer cáncer, denominado en forma genérica Tipo C (por cáncer). Fue descrita por Temoshok (1987) como colaboradores, conciliadores, complacientes, amables, poco exigentes y pacientes. Son más bien dóciles y rara vez llegan a confrontaciones, lo cual contrasta con el patrón de comportamiento tipo A.

Por su parte, Kobasa y su equipo (1982, 1983), descubrieron un tipo de personalidad fuerte, resistente o dura a situaciones de alto nivel de estrés, que denominaron con el término inglés *hardiness* (dureza). Su estudio original se basó en una población de hombres ejecutivos que fueron separados en dos grupos: uno con alto nivel de estrés y de enfermedad y otro con alto nivel de estrés y bajo grado de enfermedad. Los dos grupos fueron sometidos a una batería de pruebas de personalidad. Los trabajadores que mostraban un mayor grado de inmunidad a las enfermedades, a pesar de las fuertes presiones que soportaban, exhibieron las tres características comunes, que llamaron las tres "c" en razón de que las palabras inglesas que las definen comienzan con esa letra. Las tres características comunes de la personalidad *hardiness* son: 1) compromiso (*commitment*), con ellos mismos y con quienes compartían las tareas. Se trata de una fuerte convicción en sí mismo y en lo que hacen. Es un sentimiento de adhesión al trabajo o tarea porque se identifica con sus objetivos y prioridades de vida. La gente comprometida sabe en lo que está involucrada y lucha por ello. Además, manifiesta un fuerte espíritu de solidaridad con sus compañeros involucrados en la comunidad de intereses que comparten; 2) sentido de control (*control*) en el manejo de las experiencias y eventos. Es la creencia de que uno puede influir en el curso de los acontecimientos o ser responsable de las experiencias propias y 3) desafío (*challenge*), que consiste en la idea de que los problemas y las dificultades en lugar de ser una amenaza son una oportunidad para el cambio o la posibilidad de experimentar situaciones nuevas. Lo que a otros les produciría pánico o malestar, para estas personas eran una aventura que las estimulaba a luchar. Quienes tenían esta cualidad eran individuos que no percibían las situaciones como negativas sino como un hecho positivo que les permitía la posibilidad de superarse y ser mejores.

La resiliencia

La resiliencia "es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas" (Grotberg, 2001, p. 20). El término, que proviene de la física, se aplica a la elasticidad de un material, que puede resistir un choque o el impacto de un objeto contundente. La traducción de la expresión inglesa corresponde a "entereza", que significa la fortaleza o resistencia para salir airosos ante los eventos que nos golpean. En psicología se utiliza el concepto para identificar los procesos y hechos que permiten a los individuos y familias soportar los desafíos y estados persistentes de estrés con éxito. "Se trata de la capacidad potencial de un ser humano de salir herido pero fortalecido de una experiencia aniquiladora" (Walsh, 1998, p. 14). "Este enfoque se funda en la convicción de que el crecimiento del individuo y la familia puede alcanzarse a través de la colaboración de la adversidad" (Walsh, 1998, p. 12).

El concepto de resiliencia fue descubierto por Werner (1993), durante un estudio epidemiológico realizado en la isla de Kauai (Hawai), donde siguió por años el desarrollo de unas 500 personas sometidas a condiciones de extrema pobreza. A pesar de las situaciones de alto riesgo a las que estaban expuestos muchos niños, observó que algunos lograban sobreponerse al infortunio y construirse como personas sanas y con buena calidad de vida. Al comienzo consideró a esos niños como "invulnerables", portadores de condiciones genéticas especiales. Posteriormente descubrió que en todos los casos habían gozado en su desarrollo del apoyo irrestricto de un adulto significativo (padres, tío, abuelo u otro pariente o amigo) que los defendió y fue una fuente de fortaleza en las dificultades. Desde entonces surgió una primera generación de investigadores orientados a descubrir los factores protectores que están en la base de la adaptación positiva de los niños en condiciones de adversidad. Actualmente se ha conformado una segunda generación de investigadores que han expandido el tema de la resiliencia a diferentes campos, buscando modelos que posibiliten la implementación de programas sociales eficaces (Infante, 2001).

Chok Hiew y colaboradores (2000) descubrieron que las personas resilientes enfrentaban a los estresores y a las adversidades de forma tal que reducían la intensidad del estrés y lograban el decrecimiento de los signos emocionales negativos, tales como la ansiedad, la depresión y la ira, a la vez que aumentaban la salud emocional. Las conclusiones que extrajeron es que la resiliencia promueve la salud mental y emocional, además de ser un buen modulador del distrés.

Estrés y enfermedad

Psicopatogenia del estrés

La práctica médica ha constatado por años que diversas enfermedades son producto del estrés. Desde los trabajos pioneros de Cannon y Selye, se aceptan sin reservas el papel preponderante del estrés como pieza clave en los procesos psicopatogénicos, el término "enfermedades de estrés" se ha impuesto en la medicina. En psiquiatría, las situaciones de estrés son reconocidas como susceptibles de desencadenar manifestaciones psicopatológicas de la más variada patoplastia, generalmente moduladas por la personalidad, la patología previa y el estado psicofísico del paciente. El concepto de "reacciones de estrés" se recoge en distintos apartados de la sección de Psiquiatría de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). El *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana*, en su última versión (DSM-IV), incluye en su clasificación multiaxial (en el eje IV: problemas psicosociales y del entorno), un código representativo de la intensidad del estrés previo al inicio del cuadro patológico. Los factores de estrés son múltiples y variados,

y su clasificación y estudio detallado resulta necesario para poder entender su intervención precisa en la patogénesis de los diferentes tipos de trastornos asociados con él.

Los estilos de vida actual son cada día más demandantes, lo cual genera un incremento notable de las cargas tensionales que hay que sobrellevar, situación que puede producir la aparición de diversas patologías. Sin embargo, como dijimos antes, el estrés es un concepto complejo que involucra una multiplicidad de factores y procesos interrelacionados, es decir, que no depende exclusivamente de las presiones o amenazas del medio el hecho de que una persona enferme (en las mismas condiciones otras personas gozan de excelente salud) sino de la conjunción singular de todas las variables intervenientes.

Para complementar el modelo de Sandín podemos agregar el modelo de Dohrenwend y Dohrenwend (1978), lo cual nos permite determinar con mayor precisión los procesos implicados en la psicopatogenia del estrés. Este modelo describe un proceso (véase figura 8.5) que se inicia con los acontecimientos vitales estresantes (también puede ser un solo evento) y finaliza (en el otro extremo) con los cambios posibles, si es que tal cambio se produce. En la primera fase del modelo se muestra que el suceso vital estresante varía debido a la incidencia de la situación en el ambiente y a las características psicológicas de la personalidad. A su vez, el ambiente está influido por la política y la personalidad, por la educación y los procesos de socialización del sujeto. En segunda instancia ocurre la reacción transitoria de

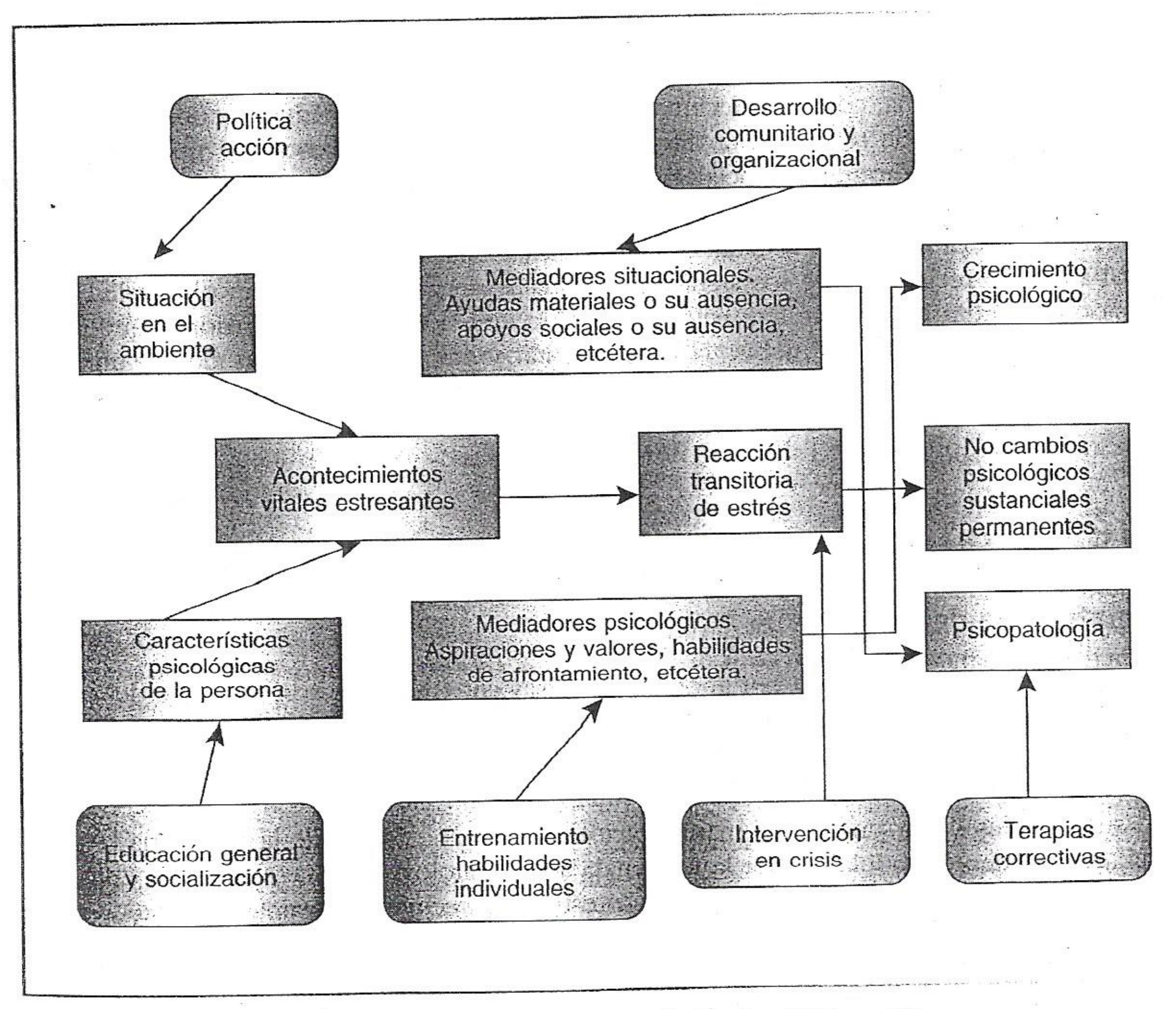


Figura 8.5 Modelo de Dohrenwend y Dohrenwend (1978; *cfr.* Barrón, 1997, p. 88).

estrés, es decir, la respuesta de estrés. La reacción depende de mediadores situacionales (externos, como puede ser el apoyo social o recursos materiales) y psicológicos (internos, por ejemplo, creencias, valores y habilidades). Finalmente se indican los resultados, que en razón de que interactúan con los mediadores y otras situaciones, como pueden ser las crisis, dan lugar a tres alternativas posibles: 1. Crecimiento psicológico: la crisis puede ser superada y contribuir al desarrollo personal, es decir, generar nuevas capacidades adaptativas. 2. Ningún cambio: el sujeto continúa igual. 3. Psicopatologías: pueden aparecer disfunciones o una amplia variedad de trastornos que requerirán de la utilización de terapias correctivas.

Desde otra perspectiva, Cox (1978; *cfr.* Pérez, 2001), luego de hacer una síntesis muy compendiada, clasificó las afecciones que produce el estrés en seis categorías diferentes: *a)* Efectos subjetivos: por ejemplo, ansiedad, angustia, agresión, irritabilidad, apatía, *b)* Efectos conductuales: propensión a los accidentes, drogodependencia, excitabilidad, entre otros posibles, *c)* Efectos cognitivos: bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, fallas de la concentración, etc, *d)* Efectos fisiológicos: por ejemplo, en los niveles de glucosa, en la presión sanguínea, etc, *e)* Efectos sobre la salud: como asma, insomnio, desórdenes psicosomáticos varios, trastornos cardiovasculares, *f)* Consecuencias en el ámbito organizacional: como ausentismo, pobreza de las relaciones interpersonales, baja productividad, etcétera.

Otra distinción importante que se ha realizado con respecto a las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés, es la clasificación en dos grandes grupos: las enfermedades por estrés agudo y por estrés crónico.

Enfermedades por estrés agudo

Estos padecimientos se presentan en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar. Aparecen en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente son reversibles. Las enfermedades que habitualmente se observan por estos efectos son: *a)* trastorno por estrés agudo, *b)* trastorno por estrés post-traumático, *c)* ataque de pánico, *d)* fobias, *e)* trastornos del estado del ánimo (por ejemplo, estado depresivo mayor), *f)* trastornos psicosomáticos, como úlceras, cefaleas, contracturas musculares, entre otros muchos síntomas posibles.

La ansiedad en una situación específica de peligro puede causar todos los síntomas anteriores, pero usualmente éstos desaparecen en corto tiempo. Algunas personas, incluyendo niños y adolescentes, presentan síntomas de ansiedad aún sin una causa identificable. Por razones de espacio sólo nos referiremos brevemente a los tres primeros casos de la lista anterior (*a*, *b* y *c*).

En el trastorno por estrés agudo, según el DSM-IV (APA, 1995), el individuo reexperimenta un acontecimiento traumático grave acontecido con anterioridad, al cual responde con horror, ansiedad, un intenso miedo y desesperanza. Los síntomas más comunes son la reducción de la expresión de los sentimientos, desapego, reducción de la conciencia o embotamiento, desrealización (sensación de que el entorno es irreal o extraño), despersonalización (sensación de irrealidad o falta de familiaridad consigo mismo) y amnesia disociativa (incapacidad de recordar el evento traumático). El individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación (arousal). Para hacer el diagnóstico, las alteraciones deben durar entre dos días como mínimo y no más de cuatro semanas. Las personas con este trastorno pueden tener sentimientos de desesperación, muchos se sienten culpables por haber sobrevivido al evento o por no haber prestado la suficiente ayuda a otros que estuvieron allí. A veces hasta llegan a sentirse responsables de las consecuencias de lo que sucedió. Existe un alto grado de probabilidad de que sujetos con este problema sufran un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Las personas que sufren de TEPT tienen recuerdos persistentes y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas. El TEPT fue reconocido

originalmente en los combatientes de guerras pero puede ser resultado de otros incidentes traumáticos, tales como raptos, accidentes, desastres naturales, ataques violentos, violaciones, torturas u otros semejantes. El evento que desata este trastorno suele ser algo que amenaza la vida de la persona o de alguien cercano a ella. Cualquiera que sea la razón del problema, los individuos con TEPT reviven el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también sufrir trastornos del sueño, depresión, sensación de indiferencia o se sobresaltan fácilmente. Es posible que se sientan irritables, agresivos o violentos. A veces se presenta una disminución de la reactividad al mundo exterior, "embotamiento psíquico" o "anestesia emocional", poco después del acontecimiento traumático. También el sujeto puede describir una sensación de futuro desolador (por ejemplo, creer que no obtendrá trabajo, ni podrá casarse o formar una familia o llevar una vida normal). El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (arousal). Evitan ver cosas o lugares que les recuerden el incidente. Los aniversarios del suceso suelen ser días malos. El cuadro sintomático debe estar presente más de un mes y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Cuando la duración de los síntomas es inferior a los tres meses se evalúa como agudo, mientras que cuando supera ese tiempo se convierte en crónico. El TEPT es una patología con una tasa de prevalencia-vida en torno a 8% en la población general, por lo que se presenta con una frecuencia mayor que otros trastornos de ansiedad (Bobes *et al.*, 2001).

En los casos de trastornos de ataque de pánico (TAP) se padecen sensaciones de terror que aparecen repentina y reiteradamente sin previo aviso. Debido a que no pueden anticipar cuándo ocurrirá un ataque, muchos individuos experimentan una intensa preocupación y ansiedad en espera del próximo ataque. Los síntomas principales de un TAP son: palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos, náusea o problemas estomacales, sofocos o escalofríos, falta de aire o sensación de asfixia, hormigueo o entumecimiento, estremecimiento o temblores, sensación de irrealidad, terror, etc. Se experimenta la sensación de estar sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, de pérdida de razón o de estar al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora, aun durante el sueño. Además, por lo general suelen durar aproximadamente dos minutos y en ocasiones pueden llegar hasta los 10 minutos, pero, en circunstancias excepcionales pueden durar una hora o más.

Patologías por estrés crónico

La persistencia de los agentes estresantes durante meses o años produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y gravedad. Inicialmente, el estrés genera alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos o funciones vitales. A continuación mencionaremos algunas de las alteraciones más frecuentes, que suelen ser: dispepsia, gastritis, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, agresividad, disfunción familiar, neurosis de angustia, trastornos sexuales, disfunción laboral, hipertensión arterial, infarto al miocardio, adicciones, trombosis cerebral, conductas antisociales y psicosis severas.

Una abundante bibliografía científica demuestra la estrecha relación entre el estrés y los trastornos cardiovasculares como la hipertensión arterial, la patología coronaria, las arritmias y la muerte súbita (Álvarez Rayón *et al.*, 1998; Fichera y Andreassi, 1998; Siegman *et al.*, 2000; Welin *et al.*, 2000). La sexualidad y la función reproductora también resulta afectada por este padecimiento, dada la estrecha vinculación entre el cerebro y el sistema hormonal. El estrés prolongado disminuye los niveles de sangre en la hormona sexual de la testosterona. Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Europa Press, 2001), el estrés en el embarazo tiene efectos negativos sobre el feto y la salud de la madre. Uno de cada

cuatro niños nacidos han estado en el seno materno en lugares de trabajo sometidos a múltiples riesgos. Es conocido que el incremento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas legales como ilegales suelen ser síntomas de estados de estrés.

Estrés y sistema inmunológico

Las investigaciones en esta área han descubierto que las diferentes formas de comportamiento influyen en las células inmunes, aumentando o disminuyendo su actividad, a veces, incluso, durante periodos prolongados. Se puede comprobar que dormir bien o expresar los sentimientos son actitudes positivas para el sistema inmunitario, mientras que la depresión, el estrés crónico en el trabajo o el insomnio resultan a menudo contraproducentes. El cerebro y el sistema inmunitario se relacionan entre sí. La pregunta importante es cómo se comunican y en qué medida influyen en la salud.

Los estudios experimentales en ratas puestas bajo situación de estrés han permitido detectar cambios en las células inmunes. En estas circunstancias, la capacidad de división de las células B (las fábricas de anticuerpos) y T (las células destructoras de las células extrañas) se reduce hasta 90%. Las "células asesinas" atacan a los tumores de una forma menos eficiente y las células T producen menos agentes químicos fundamentales, como la interleucina-2 o gamma-interferón. Los efectos retardados de una dosis de estrés pueden durar días. Si se pone a prueba una rata mediante shock eléctricos, giros u otras agresiones, se producen más tumores y de mayor tamaño, pero sólo si se trasplantan al animal antes de su experiencia "estresante". El trasplante de tumores después de estas experiencias tiene el efecto contrario. Es como si el sistema inmunitario, mediante un mecanismo que se desconoce, tuviera un efecto de rebote después del estrés (Mestel, 1994).

Hoy se conoce que cada tipo de célula inmune reacciona de forma diferente ante el estrés. En cualquier tipo de experimento que se proponga, unas céulas aumentan su actividad mientras que otras la disminuyen. Janice Kielcolt y Ronald Glaser, de la Universidad de Ohio, abordaron el problema la década pasada. Luego de analizar muestras de sangre de estudiantes de medicina en diferentes temporadas del año, demostraron que en época de exámenes tenían una respuesta inmune más débil: sus células asesinas y sus células T funcionaban por debajo de la normalidad, y también existía una disminución de gamma-interferón. Por el contrario, los sistemas inmunitarios de los estudiantes eran más potentes después de las vacaciones de verano. "En una persona joven y sana, las pequeñas subidas o reducciones diarias de la actividad del sistema inmune no importan mucho" (dice Glaser). El problema se agudiza en las personas ancianas, debido a que su "sistema inmune ya está empezando a debilitarse. Un estrés añadido puede ponerles en una situación límite" (Mestel, 1994).

Existe suficiente evidencia de que aliviar el estrés y la depresión marca una importante diferencia en la evolución de los cánceres de piel, de mama o sanguíneos o de la médula ósea. Jean Richardson descubrió que los pacientes con leucemias y linfomas viven significativamente más tiempo cuando se les visita en sus domicilios. El efecto de esta atención individualizada puede explicarse independientemente de que las personas atendidas en sus hogares cumplen mejor el tratamiento médico. Fawzi ha presentado descubrimientos similares. Dividió a 74 pacientes con melanoma en dos grupos. A uno de ellos se le proporcionó los cuidados habituales, al otro se le dió seis sesiones de grupo de apoyo, en las que se analizaron los problemas típicos con los que se encuentran los pacientes cancerosos, y les enseñaron estrategias para sobreponerse a ellos. Seis meses después, el grupo que había recibido el tratamiento adicional presentaba una actitud psicológica mejor que el "grupo de cuidados rutinarios" (Mestel, 1994).

Ajuste al estrés

Concepto de ajuste

Como expresamos antes, en la literatura científica existen diferencias importantes en la manera de adaptarse a las mismas situaciones estresantes. Mientras que algunas personas son capaces de lograr un ajuste fácilmente (al menos aparentemente) a tales situaciones (por ejemplo, ante una enfermedad crónica), otras tienen enormes dificultades para adecuar su comportamiento y experiencias emocionales a la misma situación. Las investigaciones se han focalizado en distintos factores explicativos de esas diferencias, como puede ser la edad, la experiencia previa con situaciones similares, el apoyo social, las expectativas de los sujetos, factores de personalidad y otros.

Corresponde precisar que cuando aquí hablamos de "ajuste" no lo hacemos como un atributo interno de la conducta, ya que en ese sentido toda conducta es de ajuste o adaptativa, sino en el sentido de ajuste eficaz o bien logrado. Este concepto implica que el sujeto es entendido en relación activa con el mundo o el entorno. No está en contraposición ni en dependencia con el medio, sino en un intercambio dinámico, interactivo, que configura una praxis de transformación propia y de lo real en el transvasamiento constante de acciones y reacciones. Según la teoría cognitiva transaccional de Lazarus (1986), se trata de los procesos cognitivos y actos adaptativos "que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". En otros términos, implica aquellas estrategias de ajuste que permiten al individuo adecuarse a los requerimientos de las situaciones desafiantes, tanto de su entorno como de sus necesidades y aspiraciones personales.

Existen varios modelos que intentan explicar el ajuste. Quizás el más conocido es el de Bandura (1978), que postula el principio del determinismo recíproco. Este paradigma es representable mediante un esquema triangular, cuyos vértices corresponden a la situación (S), la personalidad (P) y la conducta (C). El determinismo no es simétrico ni recíproco en todos sus aspectos, sino irregular debido a la diferente gravitación de las variables en juego (véase figura 8.6).

La crítica que se formula a este modelo es su carácter estático y fijista, es decir, está concebido como un fenómeno sincrónico. En ese sentido, Fierro (1997), propone un modelo superior de carácter diacrónico (véase figura 8.7), que se representa mediante un diagrama cinético (o cinematográfico) que trata de dibujar cómo corre a lo largo del tiempo la película de las influencias mutuas entre las instancias en juego. En él, además, en una doble franja, superior e inferior, se indica que un conjunto de eventos, de procesos, en gran medida independientes del triángulo básico, inciden desde afuera, en él: en la secuencia de las situaciones suceden acontecimientos del todo exógenos, extraños; en la persona agente se producen procesos biológicos no generados por los otros dos vértices del triángulo. Es así como aparece una figura del determinismo recíproco bastante más compleja.

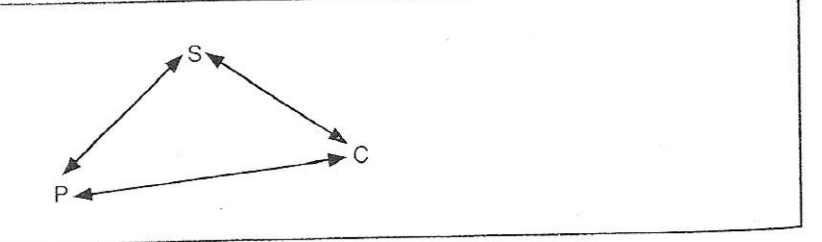


Figura 8.6 **Triángulo del determinismo recíproco de Bandura.**

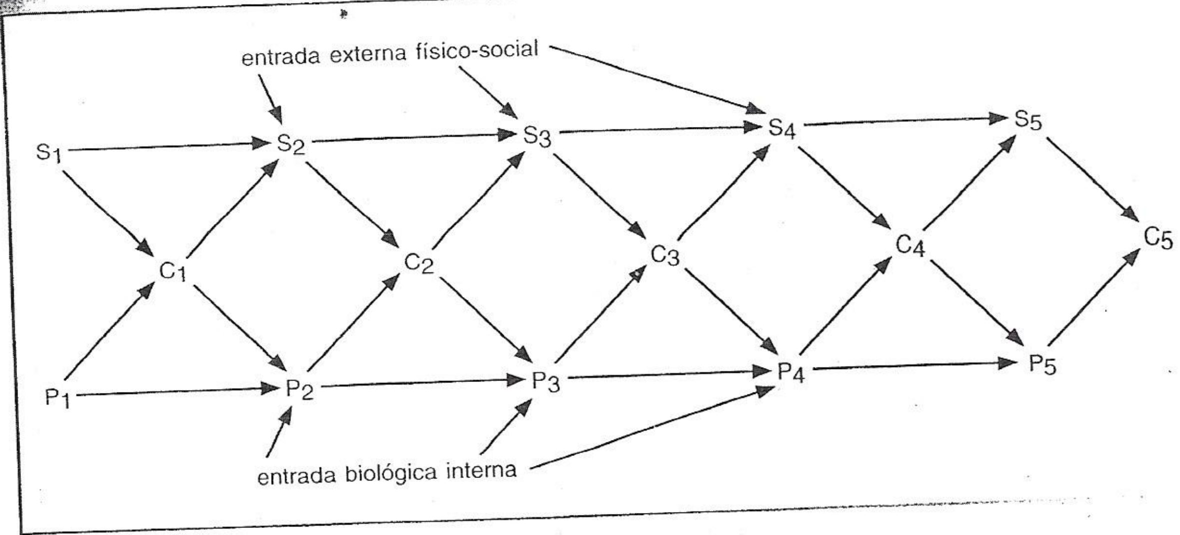


Figura 8.7 El curso de las determinaciones mutuas (Fierro, 1997).

Considerando que en la próxima sección abordaremos el ajuste en sus recursos externos, es decir, en la interrelación situación-conducta, **S ↔ C**, aquí trataremos los ajustes internos, esto es, lo relacionado con la personalidad-conducta o **P ↔ C**. Particularmente, nos focalizaremos en los recursos o condiciones personales para el ajuste, ya que los estilos cognitivos específicos de afrontamiento los trataremos en la última sección del presente módulo.

> "Las condiciones personales hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos (dicen Lazarus y Folkman, 1986, p. 188) y a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo."

En este aspecto, se ha prestado atención a una serie de factores de diferenciación individual, que de alguna manera contribuirían a interpretar por qué algunos sujetos tienen una mayor capacidad de ajuste que otros para lidiar con situaciones potencialmente amenazantes. Sin pretender ser exhaustivos ni completos, identificaremos algunas de esas condiciones. Particularmente, desarrollaremos el modelo de salutogénesis de Antonovsky, la teoría del "desamparo aprendido", la teoría atribucional y la teoría de la esperanza-desesperanza (Pereyra, 1997).

El modelo de salutogénesis

El sociólogo israelí Antonovsky (1988), desarrolló un modelo de génesis de la salud o salutogénesis, que se ocupa de los factores que contribuyen a que las personas permanezcan sanas a pesar de condiciones desfavorables o muy negativas. Investigó mujeres que estuvieron detenidas en campos de concentración, entre las cuales descubrió que 29% gozaban de buen estado físico y psíquico a pesar del horror padecido. Destacó entre ellas, como recurso personal central de su éxito adaptativo, lo que denominó "vivencia de coherencia".

La vivencia de coherencia es una orientación global que expresa en qué medida alguien posee una sensación de confianza generalizada, duradera y dinámica, 1) de que los acontecimientos del propio mundo interior y del entorno son estructurados, predecibles y explicables, 2) de que hay recursos disponibles para enfrentar las exigencias derivadas de dichos sucesos y 3) que estas exigencias representan desafíos por los cuales vale la pena comprometerse (Antonovsky, 1988, p. 19).

Los tres componentes básicos de la vivencia de coherencia fueron denominados: 1) sentimiento de comprensibilidad: es la idea que espera estímulos previsibles, o por lo menos, si son sorpresivos, estructurables y explicables, 2) sentimiento de factibilidad: se refiere a la percepción de disponer de recursos para afrontar las exigencias. A diferencia de la teoría atribucional, no se trata únicamente de recursos que uno puede controlar, sino todo tipo de recursos, propios y de otros (familiares, amigos, compañeros, profesionales) e incluso de Dios, 3) sentimiento de sentido: es la creencia que la vida tiene un sentido o existe alguna explicación aun para cosas desgraciadas o absurdas. Este enfoque tiene mucha similitud con el concepto de "voluntad de sentido" de Frankl (1982, 1991).

El "desamparo aprendido" (*learned helplessness*)

En cierta ocasión, un joven graduado de la Universidad de Pennsylvania, Martín Seligman, observó el fracaso de un grupo de perros en un estudio de aprendizaje experimental de laboratorio. Normalmente, cuando un animal recibe una descarga eléctrica corre de manera frenética de un lado a otro hasta que, en forma accidental, salta la barrera y escapa de la zona electrificada. En las pruebas siguientes, el perro escapa más rápidamente, hasta que por último, aprende a evitar las descargas, saltando casi en el momento en que aparece la primera señal o el aviso de que se van a producir los choques. Sin embargo, en el grupo de animales estudiados por Seligman se encontró que éstos exhibían una conducta diferente: no hacían nada para intentar escapar a las descargas. Cuando éstas comenzaron, pronto dejaron de correr y de aullar, y se quedaron sentados o tendidos hasta que cesó la prueba; no cruzaron la barrera para escapar y parecía que aceptaban pasivamente el padecimiento. Seligman descubrió que esos perros habían sido expuestos en experimentos anteriores a golpes eléctricos de los cuales no pudieron escapar. De ese hecho sacó la conclusión que tales canes habían aprendido que el cese de la descarga no dependía de su conducta y que, por lo tanto, nada podían hacer para cambiar la situación. Habían aprendido a ser desvalidos. El hecho remarcable era que esa expectativa negativa de incontrolabilidad seguía actuando aun en aquellas circunstancias en que podrían haberse puesto a salvo huyendo o evitando el campo electrificado.

De allí surgió la teoría del desamparo aprendido (*learned helplessness*). Al sistematizarse las observaciones se concluyó que los animales que habían sido colocados en una situación incontrolable, comparado con otros que no habían pasado por esa experiencia, "raramente repetían la reacción de escape accidental", es decir, mostraban un déficit para el aprendizaje de nuevas situaciones (Försterling, 1988) y, además, exhibían un déficit motivacional y emocional, ya que permanecían pasivos, en actitud quejumbrosa, sin hacer esfuerzos para evitar el estímulo aversivo y conservaban una conducta apática, resignada y sumisa. "Cuando yo vi por primera vez la indefensión animal —explica Seligman (Trotter, 1987)—, pensé que podría ser un modelo del desamparo humano y que podría ayudarnos a entender el tipo de desamparo que padecen los depresivos."

Esta primera formulación de la teoría de la indefensión seduce por su originalidad y por la prolijidad de su explicación, pero era demasiado simple y esquemática para aplicarla al ser humano. "Lo que no se tuvo en cuenta —argumentan Lazarus y Folkman (1986, p. 223)— es que muchas personas con una historia de experiencias o condicionamientos negativos mantienen su optimismo y confianza mientras que otras, con una historia positiva, se deprimen." Tampoco aclaraba cuándo se produce una depresión crónica o aguda, porque hay una pérdida de autoestima en los depresivos o porque ellos se sienten culpables, aun de cosas que escapan a su control. Estas objeciones llevaron a una revisión profunda de la teoría.

Después de varios años de investigaciones apareció una reformulación (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), basada en la teoría cognitiva de la atribución y en el llamado "estilo explicativo" (*explanatory style*). Podría entendérsela diciendo que hay acontecimientos negativos que son realmente incontrolables (por ejemplo, mi casa se destruyó en un incendio producido por un cortocircuito) y las personas lo explican con base en los hechos. Pero

hay muchas otras instancias, cuando la realidad es ambigua o susceptible de varias explicaciones. Así, por ejemplo, si fui reprobado en un examen, ¿fue porque el profesor se ensañó conmigo o la responsabiidad es totalmente mía?

Teoría de la atribución

La teoría revisada del desamparo corresponde a la teoría de la atribución, que sostiene que cada individuo tiene un estilo propio de explicar los eventos malos cuando la realidad es ambigua. Ese estilo personal de percibir e interpretar las desdichas o desventuras está determinado por tres tipos de causas: *a*) estables o inestables; *b*) globales o específicas; *c*) internas o externas. Por ejemplo, si fui reprobado en el examen, puedo dar una variedad de razones. Si mis explicaciones son siempre iguales, son estables; por ejemplo, llego a la conclusión de que "yo siempre soy reprobado en todos los exámenes". Si se da esa condición de estabilidad (de mis explicaciones para los malos eventos), puedo esperar que se repitan situaciones análogas y mostrar signos de desamparo cuando tenga que presentar un examen, de acuerdo con el ejemplo. Por otra parte, si mi explicación es global más que específica, es decir, si generalizo mi indefensión de un contexto dado a todos los aspectos de mi vida (por ejemplo, "soy un incapaz" o "nunca hago nada bien"), mis expectativas serán que sucedan otras cosas malas en otras áreas (no sólo ser reprobado en los exámenes, sino también perder amigos, dinero, etc.) y sentirme un fracasado o un desamparado. Por último, si mi explicación busca razones internas más que externas ("es mi culpa, no del profesor"), probablemente mostraré signos de baja autoestima y tendré mayor tendencia a caer en la depresión.

En síntesis, quien tiende a explicar los acontecimientos negativos de la vida en forma estable, global e interna, esto es, siempre igual y afectando todo lo que hace y atribuyéndose la culpa de todo, corre alto riesgo de deprimirse ante el infortunio e incrementar sus posibilidades de enfermar y morir. Este estilo explicativo dibujaría el perfil del desesperanzado o pesimista.

El artículo de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) produjo una abundante bibliografía de investigaciones que han intentado probar la teoría de la indefensión y sus correlaciones con la depresión (Crocker, Alloy y Tabachnik, 1988) y otras enfermedades. Contribuyó a descubrir algunas características de los desesperanzados (por ejemplo, desvalorizarse y autoculparse por todo), pero siguió siendo cuestionada por muchos expertos. Por tal motivo, el mismo Abramson con otros colaboradores, 11 años después (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) elaboraron una nueva revisión de la teoría del desamparo, que llamaron "teoría de la depresión desesperanzada", en la cual postularon la existencia de un subtipo de depresión, la "d desesperanzada", producida por distintos tipos de causas (necesarias, suficientes y contribuyentes), donde incluyeron los altos niveles de estrés, la vulnerabilidad o la tendencia depresógena, el estilo atribucional y otros factores participantes, entre ellos la falta de apoyo social. Los síntomas de la depresión desesperanzada identificados fueron: disminución de la voluntad, tristeza, falta de energía, apatía, trastornos del sueño, dificultades de concentración, ideas negativas e intenciones suicidas. La nueva teoría fue reconocida como promisoria aunque todavía necesitada de más apoyo experimental y evidencias científicas.

Teoría de la esperanza-desesperanza

Cada vez más, las investigaciones ponen de manifiesto la importancia etiopsicopatogénica de la desesperanza y los valores sanitarios de la esperanza en el afrontamiento a situaciones de alto nivel de estrés. De acuerdo al DSM-III-R, los "sentimientos de desesperanza" son un síntoma o indicador diagnóstico presente desde los trastornos mentales orgánicos de tipo demencial hasta las drogadicciones, depresiones, intoxicaciones, trastornos psicóticos y trastornos adaptativos, en un total de 21 cuadros clínicos diferentes.

Irving y colaboradores descubrieron correlaciones estadísticamente significativas entre la "escala de la esperanza" (*Hope Scale*) de Snyder y ocho de las diez escalas clínicas del MMPI. Por nuestra parte, también encontramos correlaciones con el MMPI-2 y nuestra prueba, el Test de esperanza-desesperanza (Pereyra, 1995 a 1996) en la mayoría de las escalas psicopatológicas, lo cual ratificó la asociación entre desesperanza y enfermedad mental (Pereyra, 1995, 162-175). Una serie de investigaciones específicas han identificado algunos de los mecanismos responsables del funcionamiento de la desesperanza en su acción patogénica. Así, por ejemplo, Bonner y Rich (1988), advirtieron que la desesperanza surgía del estrés negativo en personas que tienen pobre capacidad para resolver problemas de autoevaluación. Gómez *et al.* (1990), encontraron que, en personas con intento suicida, la desesperanza se asociaba con los "desórdenes de personalidad" y con la "mentira". Además, descubrieron que a mayor desesperanza, los pacientes suicidas expresaban mayor frustración por continuar viviendo y una actitud generalizada de decepción por la vida. Asimismo, en una población de 100 niños hospitalizados en un servicio de psiquiatría infantil se observó que los más desesperanzados tenían características de "niño difícil", eran temperamentales, más ansiosos, de pobre autoestima, mayor dificultad para ajustarse al contexto y tenían un mayor grado de trastornos mentales, comparados con el grupo de menor desesperanza (Kashani *et al.*,1991).

Por otra parte, la bibliografía también reporta una cantidad importante de estudios sobre los valores sanitarios y de adaptación de la esperanza. Por ejemplo, Snyder *et al.* (1991), informaron que las personas con alto grado de esperanza manifestaron bajo nivel de problemas psicológicos severos, una percepción más positiva de los estímulos de la vida y un sentido de autoestima más elevado. McGee (1984), atestigua que la esperanza es un factor decisivo para resolver las crisis de estrés y las correspondientes a las transiciones del ciclo vital. McGee sostiene que los esperanzados "perciben probabilidades en las situaciones críticas. Demuestran confianza en las fuentes internas para resolver los problemas y generalmente tienen una actitud futura positiva hacia la vida. Experimentan la esperanza como una fuerza motivacional". Schorr *et al.* (1991), comprobaron que los sujetos esperanzados se percibían a sí mismos como saludables, en control de sus vidas y con sólo una leve ansiedad acerca de la muerte.

Otro estudio muy interesante fue realizado por Nurmi y Lainekivi (1991), sobre 111 adolescentes entre 15 y 16 años, que fueron interrogados sobre sus proyectos y esperanzas futuras y evaluadas en varias funciones intelectuales. Los resultados mostraron que los más inteligentes fueron los que "más frecuentemente mencionaron esperanzas concernientes a su futura educación". Un descubrimiento parecido realizaron Brackney *et al.* (1992), con relación a la madurez psicosocial que encontraron en mayor grado en individuos con más esperanza. Parecería, entonces, que los esperanzados son más inteligentes y maduros, esto es, con mayor capacidad de ajuste a la realidad. También se ha reportado que la esperanza sería una condición facilitadora del éxito (Frank, 1968; Gottschalk, 1974), la técnica (Mehler y Argentieri, 1989) y la estrategia de la psicoterapia (Pereyra, 1997), que en alguna medida está al servicio de un mejor ajuste del sujeto a su contexto y conflictos personales.

Considerando la importancia de la variable esperanza en el proceso de la salud-enfermedad, elaboramos un modelo operativo con base en el marco teórico que a continuación desarrollamos. El mismo puede sintetizarse diciendo que la esperanza-desesperanza (E-D), la concebimos como un proceso dialéctico, de carácter multidimensional y polifacético. Se trata de un proceso dinámico, en constante tensión dialéctica, con dos alternativas polarizadas que configuran, entre ambas, un espectro gradual continuo con múltiples formas intermedias. Los contenidos de la E-D pueden precisarse en siete dimensiones fundamentales, a saber: 1) sentido prospectivo o retrospectivo, 2) esperar lo mejor o lo peor, 3) novedad o repetición, 4) libertad o fatalismo, 5) fortaleza o derrotismo, 6) confianza o desconfianza y 7) orientación productiva o destructiva (véase tabla 8.2).

Además, el constructo es polifacético porque abarca seis áreas psicológicas, a saber: cognitiva, emocional, conductual, interrelacional, axiológica y trascendente. Es un sistema de cogniciones que tiene como común denominador expectativas positivas acerca de sí mismo y del propio futuro (dimensiones 1, 2, 3, 4). Emocionalmente, la esperanza produce un sen-

Tabla 8.2 **Las dimensiones del constructo "esperanza-desesperanza" (Pereyra, 1997, 107)**

Esperanza	Desesperanza
1. Sentido prospectivo • "mirar hacia adelante" • con metas y objetivos de vida	1. Sentido retrospectivo • "mirar hacia atrás" • sin objetivos de vida
2. Esperar lo mejor • expectativas generales positivas • optimismo	2. Esperar lo peor • expectativas generales negativas • pesimismo
3. Novedad • posibilidad, apertura, creación • idea de tiempo lineal	3. Repetición • rutina, compulsión, "juego sin fin" • idea de tiempo circular
4. Libertad • "libertad para", autoconstrucción • control interno	4. Fatalismo • predestinación, ideas de fracaso • control externo
5. Fortaleza • desafío, coraje, resistencia • mayor capacidad de afrontamiento	5. Derrotismo • "síndrome de renuncia" • desamparo o indefensión
6. Confianza • aguardar perseverante, fe en Dios • solidaridad y cooperación	6. Desconfianza • inseguridad, temor, escepticismo • menor apoyo social y moral
7. Orientación productiva • amor, maduración, biofilia • "síndrome de crecimiento"	7. Orientación destructiva • simbiosis, narcisismo, necrofilia • "síndrome de decadencia"

timiento de fortaleza interior, consuelo, tranquilidad, seguridad y confianza (dimensiones 5 y 6). El aspecto conductual se asienta en la disposición a la acción de la esperanza (dimensiones 3, 4, 5, 6 y 7), que está orientada hacia un resultado en una o más de las cuatro áreas posibles: psicológica, física, social y religiosa. Es interrelacional porque influye en las relaciones humanas y crea una comunicación más solidaria y redes sociales cuantitativa y cualitativamente superiores (dimensión 6). Axiológicamente, la esperanza sostiene los valores de la vida; es expresión de la fe y la confianza, tanto a nivel trascendente como humano. Manifiesta una actitud de solvencia o crédito en el porvenir (dimensiones 1, 2 y 7). Mira confiadamente hacia adelante, para el religioso, sobre la base de un contenido de promesas adjudicadas a Dios. Se asienta en la creencia de que Dios o la vida hará lo mejor para beneficio propio, aunque las realidades presentes "todavía no" lo demuestren (dimensiones 6 y 7).

El ajuste y los recursos externos

Junto con los factores y recursos personales que modulan el ajuste al estrés, existen otros elementos externos al individuo que también pueden condicionar el modo en que éste perciba la situación y la forma de reaccionar ante la misma. Por supuesto, como hemos dicho reiteradamente, estas condiciones, en última instancia, dependen de cómo son categorizadas y valoradas por el sujeto. Sin embargo, aquí procuramos poner el acento en la dimensión objetiva del ajuste. Por ejemplo, para muchos, las condiciones de hacinamiento, las presiones económicas, la sobrecarga de trabajo o el ambiente competitivo son circunstancias que se perciben consciente o inconscientemente como amenazas que promueven diferentes tipos de ajustes, algunos de los cuales pueden ser funcionales, en tanto que otros pueden resultar disfuncionales.

¿Cuáles son los recursos externos que pueden neutralizar los efectos perturbadores del estrés o facilitar un ajuste adecuado? Lazarus y Folkman (1986) han señalado algunos de los más importantes, a saber: *a*) salud y energía, *b*) apoyo social, *c*) recursos materiales y *d*) condiciones ambientales.

Es incuestionable que una persona débil, frágil, enfermiza o cansada está en peores condiciones, a la hora del ajuste, que otra saludable y fuerte. El bienestar físico juega un rol importante en las funciones de adaptación. Es reconocido que personas que han soportado por algún tiempo un proceso de desgaste por la acción crónica del estrés (por ejemplo, cuidar a un enfermo terminal de parentesco cercano, como una madre, padre o hijo), suelen tener un umbral descendido en la recepción de los estímulos, especialmente aquellos amenazantes o lesivos, lo cual promueve una respuesta inadecuada, que en otras circunstancias, con una mejor capacidad psicofísica, hubieran superado con relativa facilidad. De todos modos, varias investigaciones han puesto de manifiesto que personas enfermas o debilitadas, cuando tienen que afrontar una situación sobradamente importante para ellos, pueden movilizar energías inesperadas para salir airosos.

> "El hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional —afirma Lazarus y Folkman (1986, 187)—, informativo y/o tangible, ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento en las experimentaciones realizadas sobre estrés, tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social." No ocupamos más tiempo en este tema ya que fue tratado antes.

Con respecto a los recursos materiales, el dinero, los bienes y los servicios disponibles son un factor valioso. Por lo general, las personas adineradas viven mejor que las de escasos recursos y tienen otras opciones de afrontamiento. También aquéllas con buen nivel económico tienen acceso más fácil a la asistencia médica, legal, financiera y hasta a nivel humano o social. "Simplemente el hecho de tener dinero, incluso aunque no se use, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento eficaz" (Lazarus y Folkman, 1986).

A veces las condiciones ambientales son propicias y en otras casos adversas. Lazarus relata el caso de una madre que usó sin éxito toda su imaginación y esfuerzos en lograr incluir a un hijo disléxico en un programa terapéutico. El entorno puede diferir en la naturaleza y en la frecuencia de las amenazas, así como en el tipo de opciones que presenta. Existen factores ambientales que pueden inhibir las estrategias de afrontamiento del sujeto, mientras que otros pueden actuar como facilitadores. Un ejemplo expresivo de estos recursos externos es la conducta de grupo puesta de manifiesto en un accidente de una mina donde seis hombres quedaron atrapados. Había un alto riesgo de muerte si no llegaba el rescate a tiempo. En este caso, los factores sociales ayudaron a mantener la esperanza y realizar un ajuste adecuado. Los gritos, llantos y expresiones de desesperación fueron contenidos por uno de los miembros del grupo, al decir: "no llores, necesitamos todas nuestras fuerzas. Creo que resistiré aún un par de días, e incluso más". Sus compañeros respondieron: "de acuerdo, dejaré de llorar" y estuvieron charlando tranquilos hasta que llegó el rescate (ídem, pp. 189-190).

También se han clasificado los recursos externos, como instrumentales (por ejemplo, apoyos materiales para hacer frente al problema, información sobre posibles soluciones) y emocionales (especialmente las expresiones de reconocimiento y afecto). Cuando se comparan ambos recursos, afirma Bermúdez (1996, p. 208), "la disponibilidad de recursos de carácter emocional parece jugar un papel más importante que disponer de los puramente materiales. La existencia de una buena red de apoyo social va a permitir, de esta manera, al individuo percibir menor grado de amenaza en la situación y disponer, al tiempo, de mayores recursos para hacerle frente de manera más adaptativa".

Los resultados del ajuste al estrés

Al estudiar los resultados del ajuste es necesario discriminar entre "eustrés" o estrés positivo y "distrés" o estrés negativo. Es obvio que en ambos casos los resultados serán muy diferentes. Selye (1975, p. 83) también declaró: *Stress is the spice of life*, es decir, que el estrés es la sal de la vida o lo que le da sabor. En este sentido, el estrés trae consecuencias de bienestar físico y psicológico, como ocurre con las personas resilientes o *hardiness*. Sin embargo, la literatura científica se ha centrado en los resultados nocivos o perjudiciales, tanto para los individuos como para las organizaciones.

Diversos modelos teóricos sobre el estrés laboral, por ejemplo, consideran los resultados organizacionales del mismo. Entre ellos, Marshall y Cooper (1979), han descrito los llamados "síntomas organizacionales" del estrés, distinguiendo la baja productividad, el absentismo (Woo *et al.*, 1999), la alta tasa de rotación, la accidentabilidad, entre otros, que se asocian con malas condiciones del medio laboral (por ejemplo, luz pobre, temperaturas no confortables) o del contexto social (por ejemplo, alto nivel de conflicto interpersonal) u organizacional (por ejemplo, trabajos pesados, poco descanso). También se ha prestado mucha atención al estudio de la satisfacción laboral, los resultados de desempeño y el *burnout* o el "síndrome de estar quemado".

En un reciente informe de la (OIT), denominado *Mental Health in the Workplace*, se analiza la situación de los trabajadores, las políticas y los programas de salud mental en el ámbito laboral de cinco países: Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Finlandia y Polonia. Según el documento, uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad y estrés, que en algunos casos llevan al desempleo y la hospitalización. Expertos de ese organismo indican que los costos del estrés laboral están aumentando, y que la incidencia de la depresión entre los trabajadores es cada vez mayor. Precisamente, entre las razones del aumento de las enfermedades mentales, la OIT cita "el impacto de la revolución tecnológica" y la competencia, por lo que "no debe sorprender que cada vez sean más los casos de discapacidad relacionados con la presencia de dolencias crónicas tales como el estrés inducido por trabajo" (Shapira, 2001).

A nivel individual se han investigado las respuestas fisiológicas (presión sanguínea, ritmo cardiaco, niveles hormonales, problemas digestivos, úlceras, etc.), las respuestas emocionales (ansiedad, fobias, hostilidad, depresión, etc.) y las respuestas conductuales (adicciones como el alcoholismo, tabaquismo u otras sustancias psicoactivas, abuso o violencia familiar, accidentes, etcétera).

Como se ha visto, Selye estudió las respuestas del organismo y definió el estrés como la respuesta inespecífica de éste ante cualquier demanda que se le haga y describió el conocido Síndrome de Adaptación General. Una síntesis de este tipo de respuestas se puede apreciar en la tabla 8.3, que destaca el tipo de respuesta fisiológica (cardiovascular, metabólica, estómago, bronquios y de otros órganos), con sus efectos sintomáticos correspondientes.

Con respecto a las respuestas emocionales y conductuales, un estudio realizado por O'Dougherty y Brown (1990), centrado en el estrés generado por la enfermedad en la infancia, realiza una síntesis muy adecuada e ilustrativa, que completa otras informaciones ya adelantadas, sobre las posibles reacciones o impacto psicológico que pueden producirse en el sujeto y en su familia, considerando la edad específica o el grupo de riesgo ante cada estresor específico. Para mayor claridad y detalle, transcribimos los datos más importantes en la tabla 8.4 que aparece más adelante.

Manejo del estrés

Programas de control del estrés

En líneas generales, el estrés puede ser controlado mediante el manejo de técnicas específicas o a través de programas particulares diseñados según el tipo de demanda, los objetivos

Tabla 8.3 **Respuestas fisiológicas y cambios orgánicos asociados con el estrés (Sandín, 1995, 30)**

Tipo de respuesta/órgano	Tipo de efecto
Cardiovascular	Incremento tasa cardiaca Aumento presión sanguínea sistólica Aumento presión sanguínea diastólica Aumento *output* cardiaco Vasoconstricción periférica Posibles arritmias cardiacas
Otras respuestas psicofisiológicas	Incremento tensión muscular general Temblor Incremento tasa respiratoria Hiperventilación Incremento de la sudoración Incremento actividad electrodermal Incremento dilatación pupilar Reducción tensión muscular intestinal Reducción de la salivación Reducción amplitud ondas EEG Reducción pH piel/saliva
Respuestas metabólicas	Liberación de glucosa Incremento de producción de glucosa Catabolismo proteico Aumento ácidos grasos libres (mayor liberación de ácidos grasos a la sangre) Aumento del colesterol plasmático Aumento de triglicéridos plasmáticos Incremento del transporte de oxígeno
Estómago	Incremento secreciones gástricas
Bronquios	Dilatación
Timo y sistema inmune	Involución tímica y reducción de la competencia inmunológica
Tiroides	Incremento tamaño/actividad
Suprarrenales	Incremento tamaño/actividad
Glándulas sexuales	Incremento tamaño/actividad
Hígado	Involución
Páncreas	Involución
Riñón	Degeneración

que persiguen (por ejemplo, de tipo preventivo o asistencial), el nivel de aplicación (por ejemplo, para organizaciones, grupos o individuos), las estrategias de intervención (por ejemplo, cognitivas, conductuales, emocionales, mixtas), las técnicas privilegiadas (por ejemplo, inoculación del estrés, desarrollo de habilidades sociales, corrección de hábitos perniciosos para la salud, como eliminar el consumo de tabaco, control de la hipertensión, etc.) u otras categorías determinadas (por ejemplo, disponibilidad, participantes, grado de estrés, etc.). Los seguimientos de programas para reducir el estrés han encontrado que, en la mayor parte de los casos, arrojan resultados positivos (ver Cosete, 2001, en la evaluación de planes para pacientes cardiacos).

Tabla 8.4 **Respuesta psicológica a estresores generados por la enfermedad en la infancia (Méndez *et al.*, 1997)**

Estresor	Edad específica	Posible impacto psicológico
Hospitalización y separación de los padres	Bebé	Inseguridad de cariño y dificultad en establecer lazos de confianza
	Escolar	Ansiedad de separación Regresión
	Adolescente	Sentimiento de rechazo Desórdenes conductuales Dificultad para establecer autonomía Aumento dependencia de los padres
Aumento de la dependencia de los padres	Escolares Adolescentes	Pérdida de la iniciativa, pasividad Sobreprotección y permisividad de los padres Sentimientos de incapacidad, baja autoestima Conflicto de autoridad Dificultad para la autonomía y separación Pasividad-agresividad, respuestas manipulativas
Consumo de excesiva parte de tiempo y atención de los padres y otros recursos familiares	Todas las edades	Celos de los hermanos y competencia Rechazo, aislamiento, molestia ante bromas Pasividad-agresividad, expresiones de ira Llamar la atención por parte de los hermanos para ganar atención de los padres
Aumento de la carga financiera sobre la familia	Todas las edades	Aumento del estrés familiar Descenso de la capacidad de los padres debido a las horas de trabajo y cuidado del niño enfermo Contribuye a conflictos familiares y divorcio
Falta de aceptación de los padres	Niños y adolescentes	Aislamiento, rechazo, bromas, victimación Depresión retirada, soledad Sobredependencia de los padres Dificultad para establecer una autoimagen positiva Dificultad en el acercamiento seguro hacia los otros
Frecuencia de ausentismo escolar	Niños de edad escolar	Fracaso en consolidar habilidades académicas Frustración, fracaso escolar Baja autoestima
Efecto de la enfermedad sobre el crecimiento y desarrollo físico	Adolescentes varones	Talla pequeña, demora de la pubertad Limitación de la actividad física
	Adolescentes mujeres	Aislamiento y baja autoestima Impacto sobre la autoestima y el ajuste social Infertilidad o problemas de embarazo

Un programa integral debe incluir, por lo menos, el desarrollo de recursos cognitivos y conductuales de afrontamiento eficaz, un programa adecuado de actividades físicas, gimnásticas y/o deportivas, la aplicación de técnicas de relajación muscular, un plan equilibrado de actividades laborales, espacios de esparcimiento o descanso así como la aplicación de un régimen alimenticio apropiado. Existen casos en que, por un tiempo determinado, se impone la necesidad de administrar un tratamiento farmacológico ajustado al problema.

El entrenamiento en estrés (*stress management*) ha sido definido como un programa breve, que normalmente no contiene seguimiento, orientado predominantemente hacia estilos de vida, estrategias de afrontamiento y búsqueda del cambio individual o interpersonal (Martin, 1992). A pesar de la diversidad de los programas diseñados para luchar contra el estrés, casi todos incluyen:

- Acciones psicoterapéuticas para fortalecer el yo, y favorecer el enfrentamiento del hombre con las situaciones estresantes.
- Gimnasia, deportes, caminatas, jogging. Está demostrado que 30 minutos diarios de ejercicios ayudan a reducir los efectos negativos del estrés, además de que aumentan el consumo de oxígeno; disminuyen la frecuencia cardiaca y la presión cardiaca; queman grasas y reducen el peso corporal; disminuyen el apetito y previenen la obesidad; mejoran el colesterol bueno (HDL); permiten controlar el nivel de azúcar en sangre; aumentan la masa y la fuerza muscular; estimulan la producción de endorfinas; disminuyen la ansiedad, la irritabilidad y la tensión muscular; elevan el estado de ánimo; mejoran la cantidad y la calidad del sueño; aumentan la autoestima; facilitan la distracción y desconexión del estrés diario.
- Evitar el consumo de sustancias psicoactivas o estimulantes, como el alcohol, tabaco, cafeína o bebidas cafeinadas (tipo "cola"), mateína, la automedicación de psicofármacos y de pastillas para adelgazar u otras por el estilo.
- Régimen alimenticio adecuado para evitar el exceso de grasa, glúcidos y sal. Buscar incrementar las reservas de vitaminas C y complejo B, la ingesta de fibras (por ejemplo, salvado), frutas y vegetales y beber agua suficiente (ocho vasos por día entre las comidas).
- Horarios de sueño y descanso adecuados que permiten al organismo recuperarse de las fatigas diarias.
- Ejercicios de relajación, fundamentalmente dirigidos por el terapeuta para un mejor aprovechamiento.

Sin ermbargo, lo esencial para un afrontamiento exitoso del estrés es el papel activo del sujeto, por lo cual él debe tornarse consciente del problema. Esto comprende el reconocimiento del problema que produce estrés y darse cuenta de que es resultado de una situación que impide el alcance de los objetivos.

¿Cómo reconocer lo que produce estrés? Para ello debe hacerse un análisis exhaustivo para identificar las situaciones que se perciben como amenazantes o desafiantes en la vida cotidiana, por ejemplo, los cambios recientes, las nuevas responsabilidades o el incremento de las demandas. También se deben identificar los síntomas que aparecen asociados con las situaciones, por ejemplo, lo que produce tensión y dolor de cabeza, sudores, palpitaciones, entre otros posibles. En este proceso es esencial que el individuo reconozca y comprenda por qué esa situación produce estrés. ¿Qué significado tiene para mí? ¿Qué valoración antepuse en el enfrentamiento a esa situación? ¿Estas valoraciones están basadas en hechos obvios? ¿Ayudan a alcanzar mis propósitos? ¿Por qué tiene que ser necesariamente así?

Es forzoso desarrollar nuevas estrategias para afrontar las situaciones que se consideran estresantes. Se puede encarar el estrés mediante el uso de estrategias adaptativas y eficaces. De igual forma que un sujeto puede afrontar adecuadamente el estrés evitando conservarlo, también puede impedir que se manifieste. Para ello es importante:

- Aprender a medir las fuerzas y no violentarse uno mismo intentando hacer algo más allá de sus posibilidades.

- El pensamiento debe corresponder con una visión objetiva de la realidad.
- Tomar el tiempo necesario para responder a las demandas de acuerdo con el estilo propio de cada persona, es decir, seguir el propio paso.
- No existe una solución única y perfecta para cada problema, sino que es necesario aprender a enfrentar las situaciones con los recursos propios o aquellos que se tienen a mano.
- Lo trágico no son las situaciones, sino el modo de interpretarlas; cuando es posible, conviene ver los conflictos y contratiempos como desafíos y no como situaciones amenazadoras. Si es bueno o malo lo que ocurre, depende mucho de cómo se perciba.

Los programas de atención individual en los sitios de trabajo, por ejemplo, contemplan la difusión de información sobre el estrés, sus causas y la forma de controlarlo a través de la educación para la salud de los trabajadores. Estos programas tienen por finalidad ayudarlos a desarrollar habilidades personales que les permitan reducir el desgaste. La idea principal consiste en tratar de identificar los agentes causales del estrés y lograr hacerlos conscientes, mostrar las posibilidades de solución o el manejo inteligente del estrés para poder actuar en consecuencia y contrarrestarlo.

Es importante mejorar los hábitos del trabajador por medio de una alimentación adecuada, la realización de ejercicio físico moderado, gradual y progresivo (muchas empresas tienen gimnasios, promueven los deportes y organizan competencias), los ritmos de sueño adecuados, propiciar las actividades recreativas, disminuir las adicciones y evitar la vida sedentaria. Además, son de gran utilidad las denominadas técnicas de atención que consisten en métodos para ayudar a los trabajadores a resolver sus reacciones fisiológicas y psicológicas, con estrategias para reducir el estrés. Éstas se basan en ejercicios de relajación, autoentrenamiento, bio-retro-estimulación, ejercicios respiratorios, autoestima, meditación e incluso, yoga.

En forma complementaria, se enseña el uso de estrategias para administrar el tiempo, métodos para saber priorizar los problemas, desarrollo de la capacidad de planeación, técnicas de negociación así como ejercitar habilidades para la toma de decisiones, solución de conflictos, conducta asertiva, y mejorar las relaciones humanas.

En el manejo colectivo de los factores causales del estrés, el criterio predominante consiste, desde luego, en reducir al máximo las situaciones generadoras de situaciones tensionales dentro de la empresa. Las acciones específicas se dirigen hacia las características estructurales de la organización, estilos de comunicación, procesos de formulación de decisiones, cultura corporativa, funciones de trabajo, ambiente físico y métodos de selección y capacitación del personal.

Por su parte, el manejo del estrés a nivel de la organización persigue una reestructuración de los procesos y tareas que permita desarrollar las capacidades del trabajador, mejorar su responsabilidad y formas de comunicación por medio de programas de asistencia, círculos de calidad, grupos de asesoría, soporte, participación activa, trabajo de equipo, solidaridad laboral, desarrollo profesional, promoción de su creatividad y procesos de mejora continua.

El cambio debe propiciar una incorporación gradual de los trabajadores a la organización a través de diferentes estrategias como desarrollo organizacional, adecuación de los estilos de liderazgo, redistribución del poder y la autoridad, participación responsable y activa en los procesos de toma de decisiones de las áreas, mediante el estímulo a la comunicación interna formal e informal, mejora del ambiente de trabajo, creación un clima laboral favorable a la empresa y propicio para el desarrollo sustentable, sano e integral de la vida productiva de los trabajadores.

Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento es una forma de manejar el estrés con una finalidad adaptativa. Como expusimos antes, se ha definido de manera más precisa como "aquellos esfuerzos cognitivos y

conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para *manejar* las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus *et al.*, 1986; las cursivas son mías). Desde esta perspectiva, "manejar", aunque es un término general, es claro para explicar la idea de maniobrar y en cierta manera "negociar" —como dice Fierro (1997)—, entre las fuerzas internas y del entorno, que no siempre se hace de la manera más eficaz, sino "como uno pueda". Es extraer recursos cuando no los hay, "sacar fuerzas de flaqueza", "salir adelante" de la mejor manera posible, "hacer de tripas corazón", como reza un adagio rioplatense. Lazarus y Folkman (1986), identificaron dos modos diferentes de afrontar el estrés, uno "dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar", es decir, el "afrontamiento dirigido al problema" y el "afrontamiento dirigido a la emoción". Posteriormente (Folkman y Lazarus, 1985; 1988), fue sistematizado y evaluado en ocho estrategias específicas, tres correspondientes al modo centrado en el problema (confrontación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de soluciones) y cinco, referidas al modo centrado en la emoción (autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación; véase tabla 8.5).

Gran parte de la bibliografía coincide con el modelo de las ocho estrategias, pero otros investigadores han presentado otras formas de manejo del estrés más completas o detalladas. Así, por ejemplo, McCubbin (1987; *cfr.* Zeidner *et al.*, 1996), que investigó el afrontamiento de los adolescentes secundarios, describe 12 patrones (véase tabla 8.6). Por su parte, Carver *et al.* (1989; *cfr.* Zeidner *et al.*, 1996), que cuestionó el modelo de Lazarus, identificó 13 categorías diferentes, correspondientes a sendas dimensiones de afrontamiento o de manejos posibles del estrés (véase tabla 8.7). A su vez, otros han hipotetizado la existencia de 19 estilos de afrontamiento (Busjahn *et al.*, 1999), la mayoría de los cuales tendrían una influencia gené-

Tabla 8.5 Estrategias de afrontamiento según Folkman y Lazarus (1985; 1988)

Estrategias centradas en el problema
• Confrontación: acciones directas para alterar la situación. Ejemplo: "me mantuve firme y luché por lo que quería".
• Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía o comprensión. Ejemplo: "acudí a personas amigas que pudieran darme una mano".
• Búsqueda de soluciones: acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución. Ejemplo: "analicé detenidamente la situación y me tracé un plan de acción paso a paso."
Estrategias centradas en la emoción
• Autocontrol: esfuerzos para regular los sentimientos y acciones. Ejemplo: "intenté controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema".
• Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación. Ejemplo: "procuré distraerme y no pensar demasiado en el problema".
• Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose. Ejemplo: "pasar por esta experiencia enriqueció mi vida".
• Autoinculpación: verse como responsable de los problemas por medio de autorreproches o autocastigos. Ejemplo: "asumí que yo me había buscado el problema".
• Escape/Evitación: evitación de la situación de estrés. Ejemplo: "fantaseé y soñé con tiempos mejores".

Tabla 8.6 **Estrategias de afrontamiento según McCubbin**

- Ventilando sentimientos (*ventilating feelings*): es la expresión de las tensiones y las frustraciones.
- Buscando diversiones: escapar de las fuentes de tensión, mirando películas o jugando con videojuegos.
- Desarrollando la autoconfianza y el optimismo: los esfuerzos por ser más organizados, asumiendo la situación.
- Búsqueda de apoyo social: focalizado en conectarse con otra gente a través de la expresión de los afectos y la resolución mutua de los problemas.
- Resolviendo los problemas familiares: hablando con los padres o buscando entrar en razones con ellos.
- Evitando problemas: usando sustancias como un camino de escape para no enfrentar las dificultades personales.
- Búsqueda de apoyo espiritual: por ejemplo, concurriendo a la iglesia, orando y hablando con el ministro religioso.
- Involucrándose con amigos íntimos: teniendo amigos o amigas con quienes compartir.
- Búsqueda de ayuda profesional: acudiendo a un consejero profesional o un profesor.
- Integrándose a actividades: trabajando en proyectos, proponiéndose logros, metas u objetivos.
- Teniendo buen humor: buscando el sentido del humor y siendo divertido.
- Relajación: orientado a aliviar las tensiones, comiendo, durmiendo de día, conduciendo el automóvil y otras conductas por el estilo.

tica. Otros agregan estrategias específicas, como el "estilo represivo" (Perini *et al.*, 1994), el "fatalismo" (Frydenberg *et al.*, 1997), el "catastrofismo" (Drossman *et al.*, 2000), entre otros muchos que han sido trabajados por la literatura.

Las investigaciones de los distintos tipos de afrontamiento se han centrado en señalar cuáles estrategias resultan más eficaces, sus características funcionales, las consecuencias que

Tabla 8.7 **Estrategias de afrontamiento según Carver y colaboradores**

- Afrontamiento activo: "hago lo que debo, un paso a la vez".
- Planificación: "elaboro un plan de acción".
- Suprimiendo la competencia de actividades: "dejo otras actividades para concentrarme en la actual".
- Restringiendo el afrontamiento: "espero el tiempo propicio para hacer las cosas".
- Buscando apoyo social por razones instrumentales: "converso con la gente buscando nuevas ideas para afrontar el problema".
- Buscando apoyo social por razones emocionales: "hablo con la gente acerca de cómo me siento".
- Reinterpretación positiva y crecimiento: "aprendo cosas de la experiencia".
- Aceptación: "aprendo a vivir con el problema".
- Volviendo a la religión: "pongo mi confianza en Dios".
- Focalizando en la ventilación de las emociones: "dejo salir mis sentimientos."
- Negación: "me niego a creer que esto ha pasado".
- Desvinculación conductual: "renuncio a intentar concretar mis metas".
- Desvinculación mental: "sueño acerca de otras cosas en lugar de esto".

acarrean (por ejemplo, para la salud), sus aplicaciones específicas (por ejemplo, en el ámbito laboral), las diferencias de género, sus relaciones con la personalidad y otras variables, entre otros temas. Por ejemplo, hay coincidencia en la literatura con respecto al mayor uso de las mujeres de la búsqueda de apoyo social, probablemente porque cuentan con buenos recursos de verbalización y comunicación (Soriano, 1994).

Se consideran estrategias funcionales las orientadas a focalizarse en el problema la búsqueda de soluciones y de apoyo social, el autocontrol, la reestructuración positiva, el afrontamiento activo, la planificación, el optimismo, el buen humor y otras por el estilo, en tanto se estiman disfuncionales la autoinculpación, la negación, el pesimismo, las conductas y pensamientos evasivos o de escape, como el consumo de sustancias, refugiarse en la fantasía o recurrir al pensamiento mágico, entre otras estrategias.

La investigación ha puesto de manifiesto que ciertas estrategias se emplean con mayor frecuencia (por ejemplo, autocontrol, escape-evitación y búsqueda de apoyo social), de acuerdo con cada cultura (Chan, 1994), más allá de la naturaleza de la amenaza implicada en la situación. No obstante, se debe considerar en cada caso cuáles son los valores en juego; si lo afectado es la autoestima, probablemente se recurrirá a estrategias de confrontación, autocontrol, autoinculpación o escape-evitación, pero si está en peligro el bienestar de un ser querido, es probable que se empleen estrategias de confrontación, lo que hace muy difícil que se recurra al distanciamiento o escape-evitación.

Asimismo, si un sujeto percibe que una situación es susceptible de cambio, es posible que recurra a la búsqueda de soluciones, confrontación o reevaluación positiva, pero, si por el contrario, se trata de una situación que no admite cambio (por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido), apelará a la aceptación y búsqueda de apoyo social, eventualmente podrá huir en la fantasía o la negación, pero es inadmisible un afrontamiento de confrontación o de búsqueda de soluciones.

Otra consideración a tomar en cuenta es el carácter secuencial de los procesos de manejo del estrés, esto es, la administración de diversos recursos a lo largo del desarrollo cambiante de la interacción entre el individuo y las demandas del entorno. En este contexto, un ejemplo ilustrativo podría ser una intervención quirúrgica, dice Fierro (1996, 204-205), pues "en las fases iniciales de la recuperación tal vez las estrategias de escape o distanciamiento puedan ser las más adaptativas ya que, de hecho, el individuo tendrá escaso control sobre el proceso de recuperación. En periodos posteriores, sin embargo, en los que resultará decisiva la colaboración del paciente, mantener semejantes estrategias puede ser muy negativo, mientras resultará beneficioso su sustitución por estrategias de confrontación, análisis de vías de acción alternativas o búsqueda de apoyo social".

Por razones de espacio omitimos el tratamiento de técnicas específicas de entrenamiento en el manejo del estrés como el conocido plan elaborado por Meichenbaum (1987), sobre "inoculación del estrés", que enseña a los individuos a controlar sus reacciones ante las situaciones generadoras de estrés mediante el ensayo de formas para afrontar situaciones concretas y definidas, por ejemplo, disminuyendo la ansiedad ante los exámenes en los estudiantes o entrenando a oficiales de policía para controlar su hostilidad (Novaco, 1977). Estos programas también puede adaptarse al ámbito clínico para ser aplicados a casos individuales (véase Ruiz, 1997).

También son importantes los programas de entrenamiento en resolución de problemas, tanto para la población general como para grupos de pacientes o poblaciones en riesgo (véase Nezu y Nezu, 1991), el desarrollo de habilidades sociales (Iruarrizaga *et al.*, 1997) o cuestiones más específicas como el entrenamiento en respiración lenta, en técnicas de distracción (Ballester y Botella, 1997) u otras de las muchas y variadas formas de manejo del distrés para reducir o controlar sus perjuicios.